



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Relatório de Estágio em Psicomotricidade e Intervenção Precoce realizado no Hospital Beatriz Ângelo e no Agrupamento Vertical Almeida Garrett

Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Reabilitação
Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Filipe Manuel Soares de Melo

Vogais:

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Professor Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Raquel Vicente Bruno

2015

**“Nunca ande pelo caminho traçado pois ele
conduz somente até onde os outros foram.”**

Alexander Graham Bell

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Brandão, orientadora académica, pelo apoio e disponibilidade demonstrados ao longo deste ano e pelos conhecimentos transmitidos que contribuíram para o meu enriquecimento profissional.

À Dra. Teresa Gil, orientadora local, pela confiança demonstrada, pela autonomia fornecida na tomada de decisões para com os casos a acompanhar e pela excelente forma de integração no Agrupamento Vertical Almeida Garrett.

À Dra. Sofia Gonçalves, orientadora local, pelo apoio, compreensão e preocupação revelados ao longo deste ano bem como pelos conselhos fornecimento e pelos conhecimentos transmitidos que contribuíram para o meu crescimento profissional.

À Equipa do Hospital Beatriz Ângelo e do Agrupamento Vertical Almeida Garrett, pela receção, integração e acompanhamento durante este período.

À família acompanhada no Hospital, pela oportunidade de os acompanhar e contribuir na evolução das competências da criança, o que possibilitou o meu crescimento profissional.

Agradeço, ainda, a todas as crianças que tive a oportunidade de acompanhar e que me permitiram evoluir profissionalmente bem como agradecer todos os momentos de felicidade que me proporcionaram.

Por último, à minha família e amigos, em especial aos meus pais e namorado, pela paciência, apoio, dedicação, força e coragem que me transmitiram ao longo deste meu percurso e, ainda, por me fazerem acreditar que seria capaz de ultrapassar os obstáculos que foram surgindo e por fazerem de mim a pessoa que me tornei hoje.

A todos, muito obrigado por fazerem parte desta experiência!

Resumo

No âmbito do ramo de aprofundamento de competências profissionais, inserido no Mestrado em Reabilitação Psicomotora, surge a possibilidade de elaborar o presente relatório com base no estágio curricular realizado no Hospital Beatriz Ângelo e no Agrupamento Vertical Almeida Garrett. Este estágio incidu na área da psicomotricidade e da intervenção precoce e possibilitou desenvolver um trabalho com crianças e respetivas famílias.

As atividades de estágio foram desenvolvidas com 11 crianças entre os 18 meses e os 10 anos de idade que apresentavam diversas problemáticas e que, por influência da sua condição ou do meio envolvente, as suas aprendizagens e comportamento encontram-se comprometidos. Todavia, foram escolhidos dois casos para uma análise mais detalhada das suas características, desenvolvimento global e contexto, seguindo de uma sequência lógica de processos da prática psicomotora - observação, avaliação, elaboração de planos de intervenção/sessão e intervenção.

Palavras-Chave: Atraso do Desenvolvimento Psicomotor; Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths; Escala de Temperamento e Comportamento Atípico; Intervenção Precoce; Psicomotricidade; *Schedule Growing Skills II*.

Abstract

Under the branch advanced professional skills, inserted in the Masters in Psychomotor Rehabilitation, there is the possibility of drawing up this report based on curricular training conducted at Hospital Beatriz Angelo and Grouping Vertical Almeida Garrett. This stage focused in the area of psychomotor and early intervention and made it possible to develop a work with children and their respective families.

Internship activities were conducted with 11 children between 18 months and 10 years old who had several problems and that, through the influence of his condition or of the environment, their learning and behavior are compromised. However, two cases were chosen for more detailed analysis of its characteristics, development and global context, following a logical sequence of processes of psychomotor practice - observation, evaluation, preparation of contingency plans / session and intervention.

Keywords: Psychomotor Development Delay; Griffiths Mental Development Scales; Temperament and Atypical Behavior Scale; Early Intervention; Psychomotricity; *Schedule Growing Skills II*.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I - Enquadramento da Prática Profissional	2
1.Revisão da Literatura: Metodologias de Intervenção e População-alvo	2
1.1.Intervenção precoce.	2
1.2.Psicomotricidade.....	11
1.3.Atraso do Desenvolvimento Psicomotor.	13
2.Enquadramento Institucional.....	14
2.1.Hospital Beatriz Ângelo.	14
2.2.Agrupamento Vertical Almeida Garrett.	19
Capítulo II - Realização da Prática Profissional.....	24
1.Calendarização das Atividades de Estágio	24
1.1.Organização por etapas.....	24
1.2. Atividades desenvolvidas no HBA e no AVAG.	27
1.3. Horário de Estágio.	29
2. População apoiada	29
3. Processo de avaliação	30
3.1. Instrumentos de Avaliação.....	32
4.Processo de Intervenção	36
4.1. Intervenção Individual.....	36
4.2.Contextos de Intervenção.	37
4.3.Casos Intervencionados.	41
5.Estudos de Caso	45
5.1.Estudo de Caso ID.....	45
5.2.Estudo de Caso CC.....	66
Capítulo III - Dificuldades e Limitações	81
Capítulo IV – Conclusão.....	83
Capítulo V - Referências	85

Índice de Figuras

Figura 1 - Número de apoios por criança no HBA	30
Figura 2 - Número de apoios por criança no AVAG	30
Figura 3 - Etapas do processo de avaliação no HBA	31
Figura 4 - Etapas do processo de avaliação no AVAG	32

Figura 5 - Gabinete onde decorria o processo de intervenção	37
Figura 6 - Biblioteca onde decorria o processo de intervenção	39
Figura 7 - Gabinete onde decorria o processo de intervenção	40
Figura 8 - Gabinete onde decorria o processo de intervenção	40
Figura 9 - Perfil de desenvolvimento na avaliação inicial SGS II	49
Figura 10 - Scores brutos na avaliação inicial TABS	52
Figura 11 - Perfil de desenvolvimento na avaliação final SGS II	57
Figura 12 - Scores brutos na avaliação final TABS	59
Figura 13 - Apresentação do perfil de desenvolvimento na avaliação inicial e final da SGS II	60
Figura 14 - Apresentação dos resultados obtidos na avaliação inicial e final do TABS	62
Figura 15 - Distribuição dos domínios de desenvolvimento no período de intervenção do estudo de caso ID	64
Figura 16 - Perfil de desenvolvimento na avaliação inicial da EDMG	68
Figura 17 - Perfil de desenvolvimento na avaliação final da EDMG	74
Figura 18 - Apresentação do perfil de desenvolvimento na avaliação inicial e final da EDMG	76
Figura 19 - Distribuição dos domínios de desenvolvimento no período de intervenção do estudo de caso CC	78

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Cronograma das atividades de estágio no HBA.....	25
Tabela 2 – Cronograma das atividades de estágio no AVAG	27
Tabela 3 – Horário de uma semana-tipo	29
Tabela 4 – Caraterização dos casos acompanhados no HBA.....	41
Tabela 5 – Caraterização dos casos acompanhados no AVAG.....	42
Tabela 6 – Identificação do ID	45
Tabela 7 – Objetivos estabelecidos para o estudo de caso ID	53
Tabela 8 – Objetivos concretizados pelo ID durante o período de intervenção	64
Tabela 9 – Identificação da CC	66
Tabela 10 – Objetivos estabelecidos para o estudo de caso CC	71
Tabela 11 – Objetivos concretizados pela CC durante o período de intervenção	78

Índice de Anexos

Anexo I - Organigrama do corpo clínico do HBA – Pediatria	II
Anexo II - Organigrama do DEE do AVAG	II
Anexo III - Avaliação inicial do ID na SGS II	III
Anexo IV - Avaliação inicial do ID no TABS	XI
Anexo V - Avaliação final do ID no SGS II	XI
Anexo VI - Avaliação final do ID no TABS	XX
Anexo VII - Avaliação inicial da CC na EDMG	XX
Anexo VIII - Avaliação final da CC na EDMG	XXIII
Anexo IX - Plano de sessão-tipo	XXVII
Anexo X - Questionário para pais	XXVIII

Lista de Abreviaturas

ADPM – Atraso no Desenvolvimento Psicomotor
AVAG – Agrupamento Vertical Almeida Garrett
BERS - <i>Behavioral and Emotional Rating Scale</i>
CEACF - Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família
CND – Centro de Neurodesenvolvimento
DA – Dificuldades de Aprendizagem
DAP – Draw a Person
DEE - Departamento de Educação Especial
DID – Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais
DL – Decreto de Lei
DSOIP - Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica
DOCS - <i>Developmental Observation Checklist System</i>
EDMG – Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths
EE – Educação Especial
ELI – Equipa Local de Intervenção Precoce
EUA - Estados Unidos da América
FMH – Faculdade de Motricidade Humana
HBA – Hospital Beatriz Ângelo
IDEA - <i>Individuals With Disabilities Education Act</i>
IP – Intervenção Precoce
ITR - Índice de Temperamento e Regulação
JI – Jardim de Infância

NEE - Necessidades Educativas Especiais

PC – Problemas de Comportamento

PEI – Plano Educativo Individualizado

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PIAF - Plano Individualizado de Apoio à Família

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

PIT - Plano Individual de Transição

PL – *Public Law*

RACP – Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais

SD – Síndrome de *Dravet*

SDQ - *The Strengths and Difficulties Questionnaire*

SEDS - *Social-Emotional Dimension Scale*

SGSII – *Schedule Growing Skills II*

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

TABS - *Temperament and Atypical Behavior Scale*

TSEER - Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação

WISC – Escala Wechsler de Inteligência para crianças

Introdução

No âmbito da unidade curricular *Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais* (RACP) pertencente segundo ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana (FMH), surge a elaboração do presente relatório sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio curricular.

As atividades de estágio foram desenvolvidas na área da IP e da psicomotricidade e decorreram no Centro de Neurodesenvolvimento (CND) do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), em Loures, e no Agrupamento Vertical Almeida Garrett (AVAG), em Alfragide. A sua orientação foi da responsabilidade da Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (TSEER) do HBA, a Dr.^a Sofia Gonçalves, a Coordenadora do Departamento de Educação Especial (DEE), a Dr.^a Teresa Gil e a Professora Doutora Teresa Brandão da FMH.

O RACP estabelece no regulamento da unidade curricular os objetivos gerais do estágio curricular: (1) estimular o domínio do conhecimento científico e metodológico no âmbito da Reabilitação Psicomotora, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; (3) desenvolver a capacidade de contribuir na conceção e implementação de novos conhecimentos, práticas, e perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área. Neste sentido, pretende-se que o estagiário adquira competências no âmbito da intervenção pedagógico-terapêutica através da avaliação do desenvolvimento e estabelecimento de um perfil psicomotor, da elaboração, aplicação e avaliação de programas, e da identificação de fatores contextuais, que interferem no quotidiano dos indivíduos; no âmbito da relação com outros profissionais através da colaboração no processo de avaliação do sujeito e na elaboração de planos e programas integrado numa equipa multidisciplinar; e no âmbito da relação com a comunidade, com a criação de projetos e eventos para a comunidade.

A estrutura do presente relatório encontra-se distribuída em três partes fundamentais: a primeira parte - *Enquadramento da Prática Profissional* - apresenta uma revisão teórica dos conteúdos abordados na prática profissional relativos às problemáticas e metodologias adotadas, e ainda uma caracterização das duas instituições; a segunda parte *Realização da Prática Profissional* apresenta o modo de organização das atividades de estágio incluindo a calendarização das atividades, a população apoiada, os processos de avaliação e intervenção e os estudos de caso; a terceira parte *Dificuldades e Limitações* apresenta uma reflexão sobre as principais preocupações e barreiras existentes as aprendizagens e as perspetivas futuras.

Capítulo I - Enquadramento da Prática Profissional

O tópico *Enquadramento da Prática Profissional* divide-se em duas temáticas fundamentais: no enquadramento da prática profissional será efetuada uma abordagem à evolução do conceito, modelos e práticas de Intervenção Precoce (IP) a nível internacional e nacional, ao conceito de psicomotricidade e ao papel dos psicomotricista, à relação entre a IP e a intervenção psicomotora e ao conceito de atraso do desenvolvimento psicomotor por ser a problemática evidenciada nos dois casos em estudo; no enquadramento institucional será realizada a caracterização das duas instituições onde decorreu o estágio curricular, descrevendo a estrutura, objetivos, valores e modelo de funcionamento de cada uma.

1.Revisão da Literatura: Metodologias de Intervenção e População-alvo

1.1.Intervenção precoce.

1.1.1.Evolução histórica do conceito de Intervenção Precoce

O conceito de IP tem sofrido algumas alterações nas últimas décadas no que concerne aos fundamentos teóricos e à implementação das práticas de intervenção, caracterizando-se, atualmente, por uma abordagem mais centrada na família (Meisels & Shonkoff, 2000). Inicialmente, as práticas de intervenção não tinham em consideração uma visão holística da família (Allen & Petr, 1996) pelo que se torna pertinente compreender a evolução histórica do conceito e das práticas de IP nos últimos anos.

Ainda antes dos anos 60 é possível encontrar, nos Estados Unidos da América (EUA), os princípios legais que sustentaram o aparecimento dos primeiros programas de IP e que beneficiavam a criança enquanto ser humano, e.g., a sociedade ser responsável por garantir cuidados de saúde e proteção à criança, por satisfazer as necessidades de crianças em condição de deficiência ou de risco e por privilegiar uma intervenção de caráter preventivo (Meisels & Shonkoff, 2000).

Os primeiros programas de IP, considerados os grandes precursores dos atuais, surgiram em meados dos anos 60, sendo designados por programas de educação compensatória (Meisels & Shonkoff, 2000) e destinados a crianças em condições socioeconomicamente desfavorecidas (Shonkoff & Hauser-Cram, 1987). De entre estes programas é de destacar o Programa *Head Start* pelos benefícios que o mesmo apresentava para as crianças em idades baixas (Reynolds, Temple, Robertson, & Mann, 2001). O *Head Start* surgiu em 1965 e era considerado um programa de educação pré-escolar que preparava as crianças de classes socioeconómicas baixas para ingressar no primeiro ciclo (Currie, 2001). Para tal, disponibilizava cuidados de saúde, de educação, de suporte parental e serviços sociais no sentido de maximizar as competências das crianças (Shonkoff & Hauser-Cram, 1987) e diminuir o risco de

atraso do desenvolvimento (Meisels & Shonkoff, 2000). Deste modo, os primeiros programas de intervenção, centrados na criança, eram sustentados pelo modelo médico, cuja intervenção incidia na estimulação do desenvolvimento e realçava a problemática e o papel do profissional enquanto autoridade máxima no processo de tomada de decisões e na prestação de cuidados, desvalorizando as competências parentais e impossibilitando a colaboração ativa dos pais no processo de intervenção (Allen & Petr, 1996). Este modelo foi alvo de crítica pelos referidos autores, uma vez que considerava a criança como o foco do problema e responsabilizava os profissionais por todas as decisões no processo de intervenção.

Na década de 70 surgem os programas fundamentados nos modelos comportamentalistas, cujo enfoque era a estimulação da criança em condição de deficiência ou incapacidade, sendo que estes programas envolviam a participação dos prestadores de cuidados sob a supervisão/orientação do técnico (Almeida, 1989 cit. in Tegethof, 2007). Assim, estes programas atribuíam aos pais o papel de co-terapeutas (Duwa, Wells & Lalinde, 1993) na medida em que colaboravam com os profissionais na tomada de decisões (Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000). Para tal, os profissionais forneciam competências e estratégias parentais (Simeonsson & Bailey, 1990) de modo a que os pais dessem continuidade ao trabalho dos profissionais no contexto familiar (Duwa, Wells & Lalinde, 1993).

Um dos programas de maior relevância, desenvolvido em 1969, foi o Programa *Portage* para pais, um programa estruturado de apoio domiciliário para crianças com Necessidades Educativas Especiais em que os pais eram também responsáveis pelo processo de intervenção dos seus filhos (Shearer & Loftin, 1984 cit. in Tegethof, 2007). Porém, este programa contribuía para que os pais atribuíssem demasiada importância ao papel que assumiam neste processo em detrimento da sua função parental, o que tinha influência prejudicial na relação pais-filhos (Almeida, 1989 cit. in Tegethof, 2007).

No final dos anos 70 e princípios de 80, os programas de IP passaram a integrar não só a criança mas também as necessidades da família. Este aspeto é corroborado pela *Public Law* (PL) 99-457 de 1986 que realça a importância de uma intervenção focada na família, i.e., os profissionais e a família colaboram entre si no processo de tomada de decisões bem como no esclarecimento das necessidades e recursos da família para uma intervenção eficaz (Simeonsson & Bailey, 1990). Por influência do Modelo Ecológico e do Modelo Transacional, o modelo focado na família evoluiu para um modelo centrado na família, sendo que este último acrescenta ao anterior uma perspetiva da família como um todo, privilegiando as relações interdependentes entre os seus elementos e entre estes e a comunidade (McBride, Brotherson, Joanning, Whiddon & Demmitt, 1993 cit. in Pimentel, 2005). Neste sentido, é de realçar o Modelo

Transacional de Sameroff e Chandler e o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner como modelos percursores para uma abordagem centrada na família e para o desenvolvimento dos programas de IP (Meisels & Shonkoff, 2000), sendo seguidamente apresentada uma descrição sucinta sobre cada um deles.

O Modelo Transacional de Sameroff e Chandler (1975) refere que o desenvolvimento não é um processo linear e que resulta da influência recíproca e contínua entre a criança e os prestadores de cuidados bem como da influência dos fatores sociais e ambientais. Neste modelo é proposto o conceito de *environtype* que corresponde ao ambiente onde a criança se encontra inserida e que influencia o seu desenvolvimento, tal como o genótipo e fenótipo. Porém, o mesótipo, por ser uma variável extrínseca à criança, depende das características culturais e sociais em que a criança se desenvolve, o que por sua vez irá influenciar os seus processos de regulação. Assim, é possível constatar que interações positivas entre a criança e o meio em que se encontra contribuem para promover o seu desenvolvimento e aumentar as suas capacidades. O contrário verifica-se caso as interações ocorram com um ambiente de maior vulnerabilidade (Sameroff & Fiese, 2000). Sameroff & Fiese (2000) realizam uma descrição mais detalhada deste modelo, reforçando o papel do contexto social e familiar no desenvolvimento da criança, i.e., o desenvolvimento resulta da interação dinâmica e contínua entre a criança e o contexto familiar e social. Deste modo, as experiências providenciadas pelo meio influenciam o desenvolvimento da criança (Sameroff & Fiese, 2000). Este modelo teve um contributo importante na história da IP na medida em que realça que as relações estabelecidas entre a criança e o seu desenvolvimento são múltiplas, bidirecionais e dinâmicas, o que possibilita a modificação da condição de vulnerabilidade da criança por intermédio dos fatores contextuais (Sameroff & Fiese, 2000).

O Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1979) refere que o desenvolvimento resulta da interação dinâmica e recíproca entre o sujeito e os diferentes contextos em que este se desenvolve, sendo o desenvolvimento perspectivado num conjunto de subsistemas hierarquizados, i.e., microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema. Com o desenvolvimento deste modelo, Bronfenbrenner realça a influência que os vários sistemas em torno da criança exercem no seu desenvolvimento pois uma mudança num sistema terá influência no decurso normal do seu desenvolvimento, sendo este um contributo crucial para a IP (Tegethof, 2007). A versão mais atual deste modelo, o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e Moris (1998), defende que o desenvolvimento caracteriza-se pela estabilidade e modificações biopsicológicas nas características do ser humano, individualmente ou em grupo, que ocorrem ao longo do

tempo. Este novo modelo realça que o indivíduo em desenvolvimento interage com outros indivíduos mas também com objetos e símbolos, verificando-se uma influência recíproca e contínua entre o indivíduo e o contexto. Contrariamente ao modelo inicial, o Modelo Bioecológico é caracterizado por quatro propriedades que se relacionam entre si: (1) o processo, que diz respeito à interação recíproca do ser humano em desenvolvimento com outros indivíduos, os objetos e os símbolos num dado contexto, (2) a pessoa, que se refere às características do ser humano em desenvolvimento que atravessam períodos de mudança e de constância ao longo do tempo; (3) o contexto, corresponde ao meio onde o indivíduo se encontra e desenvolve; e (4) o tempo, que remete para as alterações no ser humano em desenvolvimento por influência dos eventos históricos (Bronfenbrenner & Moris, 1998).

Perante isto, estas duas perspetivas de desenvolvimento contribuíram para uma intervenção centrada na família uma vez que consideram que o desenvolvimento é o resultado da interação entre a criança e o seu envolvimento e, como tal, a criança não deve ser vista isoladamente (Sameroff & Fiese, 2000). Contudo, também o Modelo dos Sistemas Sociais de Dunst teve um contributo importante para um processo de intervenção centrado na família (Meisels & Shonkoff, 2000).

O Modelo dos Sistemas Sociais foi desenvolvido por Carl Dunst (1985), designado por Modelo de Primeira Geração, no sentido de realçar o papel da família no processo de intervenção. O objetivo deste modelo era promover as competências parentais através da prestação de serviços em articulação com a comunidade, que contribuíssem para o desenvolvimento e melhoria da autoestima da criança, uma interação pais-criança positiva e para a inclusão da família na comunidade. Este modelo foi melhorado ao longo dos tempos pelo mesmo autor dando origem ao Modelo de Segunda Geração e ao Modelo de Terceira Geração (Dunst, 1985). Posteriormente, apenas será descrito o Modelo de Terceira Geração uma vez que teve um contributo importante para a operacionalização da IP (Dunst, 2000).

Embora os princípios gerais se mantenham, o Modelo de Terceira Geração pretende realçar as características da criança, a relação entre esta e os prestadores de cuidados e ainda se foca na importância das influências do meio e o impacto destas no processo e intervenção (Dunst, 2005). Neste modelo, a família assume um papel preponderante no processo de participação ativa e tomada de decisão, tendo este modelo por base as práticas centradas na família (Dunst, 2000). Seguindo esta perspetiva, o modelo integra três constituintes que operam na promoção de oportunidades e experiências e na otimização das competências da criança e da família: (1) as oportunidades de aprendizagem da criança, (2) o apoio parental e (3) os recursos da família e comunidade (Dunst, 2005). Em resultado da interseção dos

constituintes principais anteriormente referidos, surgem três componentes adicionais que atuam na maximização do potencial de desenvolvimento da criança: (1) as atividades contextualizadas, (2) os estilos de interação parental e práticas de intervenção e (3) as oportunidades de participação dos pais (Dunst, 2000). Neste sentido, o Modelo de Terceira Geração pretende a operacionalização da IP e das práticas centradas na família (Dunst, 2000).

Para além dos modelos anteriormente referidos, importa realçar o contributo, mais recente de Guralnick no âmbito dos programas e serviços de IP com a criação do Modelo Desenvolvimental dos Sistemas (Guralnick, 2001). Este modelo procura averiguar os processos que contribuem para o desenvolvimento da criança e defende que o desenvolvimento é influenciado por padrões de interações recíprocas que surgem ao nível das competências sociais e cognitivas da criança, da relação pais-criança e dos recursos da família (Guralnick, 2011). O presente modelo integra três componentes fundamentais do âmbito da IP: (1) as características da família a nível pessoal e associadas à condição da criança; (2) os padrões familiares relacionados com a qualidade das interações entre os prestadores de cuidados e a criança, as experiências da criança e os apoios no âmbito da saúde e segurança prestados à família; (3) os fatores de *stress* associados à condição da criança e que interferem nos padrões familiares (Guralnick, 2005). Face ao exposto, tendo por base uma abordagem sistémica, Guralnick (2005) desenvolveu um esquema representativo das etapas cruciais para o bom funcionamento da IP, a destacar: (1) o despiste e a sinalização das situações de risco; (2) a monitorização e vigilância das crianças em risco sem sinalização; (3) o acesso aos serviços de IP; (4) a avaliação interdisciplinar abrangente; (5) a determinação da elegibilidade para a IP; (6) a avaliação dos fatores de *stress* das famílias; (7) o planeamento, o desenvolvimento e a implementação do programa de IP; (8) a monitorização e avaliação dos resultados; e (9) o planeamento da transição.

A evolução do conceito de IP até à atualidade não se restringiu à criação de programas de intervenção e de modelos sobre o estudo do desenvolvimento humano, mas também teve um contributo fundamental da legislação. Nos EUA., é de realçar a Lei *Economic Opportunity Act* em 1964 (PL 88-452) que surge associada ao programa *Head Start*, na medida em que este programa teve um contributo importante na história da IP. No entanto, a legislação que contribuiu para grandes avanços ao nível da educação de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e para uma maior relevância e reconhecimento dos programas de IP foi a *Education for All Handicapped Children Act* (PL 94-142), em 1975, uma vez que possibilitou uma

educação gratuita e adaptada para crianças com NEE em contexto escolar, com a criação do Plano Educativo Individualizado (PEI) (Pereira & Serrano, 2010).

Em 1986, com a publicação da *Education of the Handicapped Act Amendments* (PL 99-457), a educação tornou-se obrigatória para crianças em idade pré-escolar com necessidades especiais, incluindo a prestação de serviços à família com a criação de programas de promoção das competências do desenvolvimento dos 0 aos 3 anos de idade (Pereira & Serrano, 2010). Assim, os programas tinham em consideração uma abordagem centrada na família, existindo a preocupação dos profissionais em estabelecer uma relação de colaboração com a família, definindo as suas necessidades e recursos (Simeonsson & Bailey, 1990). Para uma melhor compreensão desta abordagem terapêutica centrada na família surge, associado a esta lei, o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) elaborado pela *Individuals With Disabilities Education Act* (IDEA) (Pereira & Serrano, 2010). Este plano realça a importância da família no processo de intervenção cujo objetivo é a articulação entre os serviços e os elementos no processo de tomada de decisão, a fim de capacitar e responsabilizar a família (Dunst & Deal, 1994 cit. in Pereira & Serrano, 2010).

A lei de 1986 constituiu um dos principais marcos na história da IP, isto porque, embora tenha atravessado um período de revisão, os seus princípios fundamentais mantiveram-se e apenas foram realizados alguns ajustamentos que resultaram nas leis que se seguiram: as publicações de 1990 (PL 101-576), de 1991 (PL 102-119), de 1997/8 (PL 105-17) e de 2004 (PL 108-446) da IDEA. (Meisels & Shonkoff, 2000).

Em suma, tendo por base a evolução dos conhecimentos científicos e legislativos até à data é possível considerar que, segundo Shonkoff & Hauser-Cram (1987), uma intervenção centrada na família, conduz a uma melhoria na prestação, coordenação e transição dos serviços de IP bem como na elaboração de estratégias de prevenção.

1.1.2. Intervenção Precoce em Portugal: Evolução das Práticas de Intervenção e Prestação de Serviços

A IP é um conceito relativamente recente em Portugal, atribuindo-se uma maior importância às questões do desenvolvimento infantil a partir dos avanços científicos e práticos ocorridos na Europa e nos EUA (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

No final da década de 60, o Ministério da Saúde e Assistência responsabilizou-se pela criação de creches, jardins de infância e serviços de ama, para os pais deixarem as crianças durante o período laboral, em virtude das mudanças sociais verificadas naquela época, e.g., um aumento do número de mulheres empregadas e a industrialização (Mendes, Neves, & Guedes, 2000).

A década de 70 e de 80 em Portugal foi de extrema relevância no que concerne às alterações no âmbito da educação e da saúde das crianças (Rodrigues & Nogueira, 2010). Um grande progresso ao nível da educação pré-escolar ocorreu em 1973 com a integração desta vertente no Sistema de Educação público (Mendes et al., 2000). Em 1977, foi criado o sistema público de educação pré-escolar pelo Ministério da Educação, o que conduziu à abertura dos primeiros jardins de infância em 1978 (Mendes et al., 2000).

Na década de 80, mais especificamente em 1986, com a Reforma Educativa, a educação pré-escolar passou a ser vista como um elemento integrante do sistema educativo (Mendes et al., 2000). Ainda nesta década, a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP), atualmente conhecida por Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família (CEACF), responsabilizou-se pela prestação de serviços precoces a crianças em condição de deficiência ou risco de desenvolvimento e respetivas famílias. Esta mudança de visão relativamente à prestação de cuidados a crianças em idades baixas conduziu à implementação do programa *Portage* para pais, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian e à formação dos técnicos que integraram este projeto (Pimentel, 2005). Para além do referido surge, ainda, o Projeto Integrado de Intervenção Precoce desenvolvido pelo Hospital Pediátrico de Coimbra com a colaboração da DSOIP na formação dos técnicos deste novo projeto. Todavia, apenas nos anos 90, é que este projeto se torna habilitado para fornecer serviços qualificados a crianças com deficiência ou risco de desenvolvimento, dos 0 aos 3 anos e respetivas famílias sediados em Coimbra (Pimentel, 2005).

A primeira publicação referente à IP em Portugal encontra-se expressa no Despacho Conjunto 891/99, sob a orientação das áreas da saúde, educação e segurança social e surge por influência da PL 94-142 de 1975, da PL 99-457 de 1986 e da PL 101-476 de 1990. Neste despacho encontrava-se explícito a disponibilização de práticas e serviços no âmbito da IP a crianças dos 0 aos 6 anos com NEE ou em risco de desenvolvimento e respetiva família, sendo o processo de intervenção integrado na comunidade, envolvendo a coordenação entre serviços e a elaboração de um Plano Individual de Intervenção (Ruivo & Almeida, 2002).

Com o Decreto de Lei (DL) 281/2009 publicado a 6 de Outubro de 2009, surge em Portugal o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) por influência das medidas e princípios declarados na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009. Esta entidade atua ao nível da intervenção precoce infantil, procurando fornecer um conjunto de serviços sociais, educacionais e de saúde a fim de prestar um apoio integrado, de carácter preventivo ou reabilitativo,

centrado na criança e respetiva família (DL 281/2009). Assim, o SNIPI procura garantir um sistema de interações entre a família e as instituições de modo a facilitar o acesso e a rapidez no processo de identificação e sinalização das crianças, assegurando, ainda, o seu direito à participação e inclusão social.

A forma de atuação do SNIPI resulta da coordenação e articulação de serviços entre os Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho e da Solidariedade Social. Estes serviços destinam-se a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, em risco de atraso do desenvolvimento ou com alterações nas funções ou estruturas do corpo que condicionam a sua participação em atividades realizadas de acordo com a sua idade e contexto e as suas famílias (DL 281/2009).

O SNIPI define como objetivos principais: (1) a proteção dos direitos da criança e o desenvolvimento das suas capacidades; (2) a deteção e sinalização das crianças que necessitam dos serviços de IP; (3) a intervenção com a criança e respetiva família a fim de prevenir ou minimizar o risco de atraso do desenvolvimento; (4) o apoio à família no acesso a recursos e serviços de saúde, segurança social e educação; (5) a criação de serviços articulados de suporte social com o intuito de envolver a comunidade (DL 281/2009). Assim, o SNIPI garante mecanismos de apoio integrado, de ordem preventiva e reabilitativa, à criança e à família no setor social, da educação e da saúde. Estes mecanismos vigentes na intervenção precoce infantil, e elaborados pelas Equipas Locais de Intervenção Precoce (ELI's), encontram-se definidos no Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) a fim de dar resposta às necessidades das famílias (DL 281/2009). O PIIP corresponde ao documento organizador de toda a informação recolhida da família e profissionais, em função do diagnóstico da criança e onde estão estipuladas as práticas de intervenção, o potencial da criança, a avaliação nos diferentes contextos bem como as medidas e adequações a desenvolver com o intuito de serem implementados (DL 281/2009).

Face ao exposto, é de destacar que a IP em Portugal é um processo ainda recente, em constante evolução e resultante das influências históricas e legislativas decorrentes quer em Portugal, quer em todo o Mundo.

1.1.3. Intervenção Precoce Enquanto Metodologia de Intervenção

A IP é uma metodologia que consiste na prestação multidisciplinar de serviços no sentido de estimular o desenvolvimento das crianças (Ramey & Ramey, 1998) desde o nascimento até aos seis anos de idade (Alba et al., 2014). Este método de intervenção tem como objetivo primordial a identificação dos recursos e das necessidades das famílias (Ramey & Ramey, 1998) com o intuito de prevenir ou minimizar o efeito dos fatores de risco biológico, estabelecido e/ou envolvental em

crianças com limitações físicas, cognitivas e/ou emocionais (Blackman, 2002) ou com atraso do desenvolvimento (Dunn et al., 1988), na tentativa de ajudar a criança e a respetiva família (Meisels & Shonkoff, 2000). As crianças em situação de risco envolvental encontram-se expostas a um ambiente físico e social desfavorecido embora sejam biologicamente saudáveis; as crianças em risco biológico podem apresentar um desenvolvimento atípico em virtude de problemas que possam surgir nos períodos pré, peri e pós-natal, e.g., prematuridade; e, por último, as crianças em situação de risco estabelecido apresentam uma condição médica já conhecida e definida o que condiciona o desenvolvimento típico, e.g., a trissomia 21 (Dunn et al., 1988). Porém, é função da IP fortalecer os fatores protetores da família em detrimento dos fatores de risco no sentido de prevenir o desenvolvimento futuro da criança (Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012).

Os programas de IP são constituídos por uma multidisciplinaridade de serviços uma vez que integram diversas áreas, (Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005), sendo a intervenção neste âmbito realizada conforme a problemática apresentada, i.e., se a criança se encontra em risco de desenvolvimento, a intervenção tem um cariz preventivo, caso a criança apresente um diagnóstico, a intervenção baseia-se em programas que têm em vista a recuperação e/ou a melhoria das capacidades da criança (Ramey & Ramey, 1992 cit. in Ramey & Ramey, 1998).

Além do referido, os atuais programas de IP seguem uma abordagem centrada na família cujo foco principal de intervenção, como o próprio nome indica, é a família. Nestes programas pretende-se potenciar os cuidados e competências parentais e a interação pais-criança, funcionando a família como um agente facilitador na promoção do desenvolvimento da criança (Lawlor & Henderson, 1989). Assim, a IP privilegia a colaboração da família no processo de intervenção na medida em que atribui-lhe um papel ativo na identificação dos objetivos e das suas necessidades específicas (Lawlor & Henderson, 1989) bem como no desenvolvimento e na aprendizagem das crianças, proporcionando-lhes uma diversidade de experiências e oportunidades (Kahn, Stemler & Berchin-Weiss, 2009 cit. in Dunst, Bruder, & Espe-Sherwindt, 2014).

Segundo Ballweg (2001), uma metodologia de trabalho centrada na família é mais eficaz uma vez que o estado físico e psicológico da criança parece ser influenciado pelo bem-estar físico e psicológico dos pais, i.e., o bem-estar da criança aumenta com o bem-estar dos pais. Em concordância com este autor estão Dunst, Trivette e Hamby (2007) que revelam que uma intervenção centrada na família apresenta efeitos positivos no bem-estar psicológico dos pais e das crianças. Neste sentido, em consequência da identificação dos recursos da família que melhor respondem às necessidades das crianças, verifica-se uma diminuição do *stress*, uma

melhoria do bem-estar da criança e da interação pais-criança (Serrano & Boavida, 2011).

Assim sendo, torna-se pertinente realçar que a IP considera a família como um todo complexo e integrado, em que os seus elementos interagem entre si, contribuindo este sistema para a criação de redes de apoio e serviços com base nos recursos existentes na comunidade (Guralnick, 1997).

1.2.Psicomotricidade.

1.2.1.A psicomotricidade e o papel do psicomotricista.

A psicomotricidade é uma abordagem terapêutica que considera o ser humano numa perspetiva holística em que o corpo e a mente funcionam como um sistema unitário que contempla as relações com o meio físico, simbólico, emocional e cognitivo no modo de ser e na ação do sujeito num contexto biopsicossocial (*European Forum Psychomotricity*, 2012). Esta área de intervenção pode ser considerada numa perspetiva preventiva, educativa, reeducativa ou terapêutica, considerando o âmbito de atuação (Berruezo Adelantado, 2008).

O conceito de psicomotricidade fundamenta-se numa compilação de conhecimentos provenientes das áreas de medicina, psicologia, neuropsicologia e pedagogia (*European Forum Psychomotricity*, 2012), o que permite caracterizar esta metodologia como uma ciência transdisciplinar que se ocupa das mútuas e sistémicas influências e relações entre o corpo e a mente (Fonseca, 2005).

As componentes indissociáveis - corpo, emoção e cognição - integram a tríade que está na base na intervenção psicomotora na medida em que contribuem para o desenvolvimento das competências dos indivíduos e para a formação da sua personalidade (Jiménez, 2000). Por este motivo, os processos tónico-emocionais são considerados de extrema importância na construção e modulação global da personalidade do sujeito (Lázaro, 2000).

Através do corpo, da ação e do movimento, o sujeito é capaz de estabelecer uma relação consigo mesmo, com os outros e com o envolvimento, melhorando a sua capacidade de interação e adaptação ao meio onde se encontra (Jiménez, 2000). Assim, segundo Thurin (2010), a intervenção psicomotora contribui para uma organização psicomotora consciente do indivíduo a fim de atenuar as suas dificuldades psicológicas e motoras e restabelecer o seu nível de participação e adaptação ao meio envolvente. Para tal, esta metodologia terapêutica recorre a técnicas de mediação corporal com o intuito de proporcionar experiências sensoriais securizantes para o sujeito (Thurin, 2010).

A psicomotricidade tem em vista a melhoria do funcionamento psicossocial do indivíduo (*European Forum Psychomotricity*, 2012) podendo o profissional desta área atuar, através da mediação corporal e do movimento, em qualquer faixa etária (Berruezo Adelantado, 2008). No caso da infância, a ação do corpo sobre o meio envolvente funciona como uma forma de expressão e de comunicação do corpo que possibilita à criança o acesso à representação mental das suas experiências (Jiménez, 2000). Deste modo, a intervenção psicomotora é fundamental na promoção do desenvolvimento infantil, melhorando a capacidade de adaptação das crianças às exigências do contexto académico, social e emocional (Thiffault, 1978).

O psicomotricista desempenha um papel central na intervenção psicomotora pelo modo como encara a criança e a relação terapêutica por eles estabelecida. Deste modo, a função do técnico passa por compreender o modo como a criança se expressa corporalmente, oferecendo uma resposta adaptada a toda essa expressividade (Rodríguez & Llinares, 2008). A compreensão por parte do psicomotricista da expressão corporal da criança é realizada a partir da observação da linguagem corporal, da utilização do tempo de sessão e do modo como a criança se relaciona com o espaço, os materiais e os outros (Rodríguez & Llinares, 2008).

O trabalho desenvolvido pelo psicomotricista no âmbito da intervenção psicomotora inicia-se no estabelecimento de uma relação terapêutica entre este e o indivíduo, tendo o psicomotricista que apresentar um misto de características que contribuem para o sucesso da relação, entre as quais, o respeito, a aceitação do outro, a capacidade de escuta (Jiménez, 2000), a capacidade empática, a disponibilidade tónica, a capacidade de transmitir segurança ao outro e de estabelecer limites (Llauradó, 2008). A utilização do corpo como forma de intervenção confere ao psicomotricista a capacidade de dar respostas adequadas e adaptadas a comportamentos motores inadequados ou inadaptados relacionados com problemáticas no âmbito da aprendizagem, do desenvolvimento, do comportamento e da maturação psicomotora (Martins, 2001).

Em suma, o psicomotricista assume um papel de mediador na interação entre a criança e o envolvimento, proporcionando ao sujeito um ambiente de segurança e de confiança (Fonseca, 2005).

1.2.2. Intervenção psicomotora e intervenção precoce.

A quantidade de experiências e de estímulos fornecidos à criança durante os primeiros anos de vida contribui positivamente para o desenvolvimento do cérebro e para aumentar as oportunidades de aprendizagem da criança (Shore, 1997 cit. in Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005), uma vez que a plasticidade cerebral existente

durante essa etapa fornece uma maior capacidade de adaptação, modificação e flexibilização ao cérebro (Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005). Para tal, a IP integra uma multidisciplinaridade de metodologias de intervenção com vista à otimização do potencial de desenvolvimento da criança, entre as quais, a psicomotricidade (Gras, 2004), isto porque, a intervenção psicomotora proporciona à criança aprendizagens significativas e experiências de prazer através do estabelecimento de relações afetivas e da consciencialização corporal (Llorca & Sánchez, 2003 cit. in Llinares, 2007). Assim, é possível considerar a intervenção psicomotora como uma metodologia terapêutica centrada numa visão holística do indivíduo cujo objetivo é a sua adaptação positiva e harmoniosa ao envolvimento (Gras, 2004).

A relação terapêutica entre o psicomotricista e a criança confere, a esta última, segurança e contenção, permitindo a tomada de consciência do seu corpo através do toque, de movimentos suaves e oscilantes, da voz, de gestos e de objetos (Llinares, 2007). Estes aspetos, juntamente com o estabelecimento de vínculos afetivos, contribuem para o desenvolvimento da autonomia e da construção da identidade da criança, interagindo ativamente com o meio físico e social (Gras, 2004).

Deste modo, a psicomotricidade defende que a criança se expressa e comunica ativamente com o meio através do ato psicomotor pois só assim é capaz de expressar todo o seu potencial, de construir a sua identidade, de adquirir autonomia e de se adaptar ao contexto. Assim, à semelhança da intervenção psicomotora, a IP proporciona à criança um maior número de oportunidades e a otimização das suas competências de desenvolvimento (Gras, 2004).

1.3.Atraso do Desenvolvimento Psicomotor.

O Atraso do Desenvolvimento Psicomotor (ADPM) caracteriza-se por dificuldades significativas na aquisição de dois ou mais domínios do desenvolvimento (Shevell et al., 2003), nomeadamente, a motricidade fina, a motricidade global, a linguagem, a cognição, as competências sociais e pessoais e as atividades da vida diária (Ferreira, 2004). Esta problemática pode surgir até aos cinco anos de idade, considerando-se atraso significativo quando a criança se encontra dois ou mais desvios padrão abaixo da média, comparativamente com os pares da mesma idade (Jimenez-Gomez & Standridge, 2014). O que se verifica é uma discrepância entre a idade cronológica e a idade mental da criança nos vários domínios do desenvolvimento (American Academy of Pediatrics, 2006).

Pela heterogeneidade do perfil etiológico e fenotípico do atraso no desenvolvimento (Ferreira, 2004), as dificuldades verificam-se nas competências de adaptação e aprendizagem para uma dada idade (Majnemer & Shevell, 1995). Os

fatores de ordem envolvental, como a cultura, as competências parentais, e a negligência, influenciam a manifestação do ADPM, podendo alterar a sua forma de expressão e o seu diagnóstico (Shevell et al., 2003). Segundo Ferreira (2004) e Shevell et al. (2003), estima-se que a prevalência de ADPM varia entre 1 a 3% para crianças com menos de cinco anos de idade.

O ADPM não tem que estar associado a dificuldades intelectuais, podendo derivar de outros quadros clínicos, e.g., paralisia cerebral, perturbações neuromusculares e privação de estimulação envolvental (Shevell et al., 2003). Contudo, este conceito relaciona-se com dificuldades intelectuais quando a criança apresenta diversas áreas do funcionamento intelectual comprometidas e que interferem na aquisição das competências do desenvolvimento para a sua idade (APA, 2003).

A identificação precoce desta problemática é da responsabilidade do pediatra ou do médico de família que acompanha a criança, embora seja crucial o relato das inquietações e queixas dos pais sobre o desenvolvimento da criança (Ferreira, 2004). Para averiguar a necessidade de avaliação, o pediatra pode realizar um rastreio às competências de desenvolvimento da criança. Este procedimento não serve, porém, de diagnóstico na medida em que apenas serve para averiguar a necessidade de encaminhamento da criança para uma avaliação mais detalhada (National Dissemination Center for Children with Disabilities, 2012). Os resultados obtidos na avaliação ao desenvolvimento são determinantes na necessidade de acompanhamento dos serviços de IP, sendo um recurso fundamental na prestação de apoio às necessidades da criança e respetiva família (National Dissemination Center for Children with Disabilities, 2012).

Deste modo, a IP tem vindo a demonstrar os efeitos positivos da implementação dos seus programas em crianças com ADPM devido às melhorias evidenciadas no desenvolvimento, reforçando a importância do diagnóstico precoce desta problemática (Majnemer, 1998).

2. Enquadramento Institucional

Nesta temática é elaborada uma caracterização das instituições onde se desenvolveram as atividades de estágio: o CND do HBA e o AVAG.

2.1. Hospital Beatriz Ângelo.

O HBA é uma instituição público-privada, integrada no Serviço Nacional de Saúde e que se encontra sediada na Quinta da Caldeira, no concelho de Loures. O hospital disponibiliza os seus serviços a aproximadamente 278.000 habitantes,

residentes nos concelhos de Loures, Mafra, Odivelas e Sobral de Monte Agraço, podendo esta população usufruir destes serviços desde 19 de Janeiro de 2012. Assim, a abertura deste hospital contribuiu para a requalificação dos cuidados de saúde prestados na região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta organização resulta da parceria entre o Estado Português com a Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA e a Sociedade Gestora do Edifício, SA a fim de garantir a conceção, o projeto, a construção, o financiamento, a conservação e a manutenção do hospital (HBA, 2012).

2.1.1. Visão, Missão e Valores.

O HBA é visto como uma instituição de referência cuja missão principal incide na prestação de cuidados de saúde à população da área de abrangência de Lisboa e Vale do Tejo, tendo em consideração a individualidade e as necessidades dos utentes. Assim, os serviços do hospital caracterizam-se pela qualidade, eficácia e eficiência e primam pela prática de uma medicina de elevada qualidade e pelo funcionamento de excelência na coordenação e integração com os diversos níveis de cuidados (HBA, 2012).

Esta instituição hospitalar rege-se por oito valores fundamentais (HBA, 2012): (1) a procura constante de resultados ambiciosos e mensuráveis na concretização da sua missão; (2) a atitude crítica face às suas práticas, regendo as suas decisões pelo rigor e de forma relacional; (3) a maior capacidade de reflexão e de aprendizagem de modo a alcançar um melhor desempenho; (4) a responsabilidade de atingir os melhores resultados; (5) o respeito pelo outro e pelos seus ideais e aceitação das suas limitações e valorização das suas práticas; (6) a atitude positiva para alcançar os objetivos e aceitar de novas perspetivas; (7) a integridade, lealdade e seriedade mantida nas suas práticas; e (8) o trabalho em equipa de modo a alcançar os objetivos e expandir a sua ação na comunidade.

2.1.2. Serviços Clínicos

A oferta de serviços que o HBA proporciona à população de abrangência consiste em cinco valências: *Especialidades e Consultas*, que integra 35 especialidades, entre as quais, a Anatomia Patológica, a Anestesiologia, a Angiologia e Cirurgia Vascular, a Cardiologia, a Cirurgia Geral, a Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, a Dermatovenereologia, a Endocrinologia, a Gastrenterologia, a Ginecologia-Obstetrícia, a Imunoalergologia, a Imunohemoterapia, a Infeciologia, a Medicina Física e de Reabilitação, a Medicina Intensiva, a Medicina Interna, a Medicina Nuclear, a Nefrologia, a Neonatologia, a Neurologia, a Neurorradiologia, a Oftalmologia, a Oncologia Médica, a Ortopedia, a Otorrinolaringologia, a Patologia

Clínica, a Pediatria, a Pneumologia, a Psicologia, a Psiquiatria, a Psiquiatria da Infância e Adolescência, a Radiologia, a Reumatologia, a Urgência Geral e a Urologia; *Exames de Diagnóstico*; *Urgência Geral* e de Pediatria; *Maternidade*, que inclui o Bloco de Partos, a Unidade de Neonatologia e o Internamento de Genecologia-Obstetrícia; e, por último, *Internamento*, que engloba o Internamento Médico-Cirúrgico, de Genecologia-Obstetrícia, de Pediatria e a Unidade de Neonatologia (HBA, 2012).

2.1.3.Centro de Neurodesenvolvimento.

O CND do HBA funciona desde Fevereiro de 2012, está integrado no Departamento de Pediatria e é coordenado pela Dr.^a Mónica Pinto. Este espaço encontra-se localizado no edifício de Pedopsiquiatria e é constituído por apenas três gabinetes uma vez que é partilhado com a equipa de pedopsiquiatria. No CND, os profissionais são responsáveis pela avaliação, diagnóstico, intervenção e encaminhamento para os apoios existentes na comunidade, de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os zero e os 16 anos com suspeita ou diagnóstico de perturbações do neurodesenvolvimento, atraso do desenvolvimento psicomotor e/ou dificuldades de aprendizagem. Os profissionais das diversas áreas da saúde integram uma equipa multidisciplinar pois trabalham em cooperação e de forma articulada entre si e com os recursos existentes na comunidade, i.e., Agrupamentos de escola e ELI's pertencentes à região de abrangência do hospital.

A sinalização das crianças para o CND pode ser realizada por centros de saúde, por escolas ou por consultas concretizadas no próprio hospital por outras especialidades. Após a referenciação, as crianças são atendidas na consulta externa pelas pediatras do desenvolvimento, onde é recolhida informação sobre os dados pessoais da criança e respetivo contexto familiar, o motivo da consulta e as queixas dos prestadores de cuidados, as rotinas e o comportamento da criança. Perante esta informação, as pediatras encaminham a criança para a terapeuta responsável pela avaliação mais indicada para a criança em particular de modo a confirmar as queixas assinaladas. De seguida, é entregue o relatório da avaliação aos prestadores de cuidados sobre os resultados alcançados pela criança, evidenciando-se as suas áreas fortes bem como as áreas que devem ser trabalhadas. De acordo com os resultados, se for verificada a necessidade de apoio para a criança, o CND procura garantir esse apoio encaminhando a criança para os recursos disponíveis na comunidade. Assim, caso a criança se encontre num intervalo de idades dos 0 aos 6, esta será sinalizada para a ELI da sua zona de residência, porém, se a criança apresentar mais de seis anos de idade, o hospital encaminha-a para os serviços de Educação Especial (EE) e terapias disponíveis nas escolas.

O encaminhamento das crianças não invalida o acompanhamento continuado da criança enquanto necessário uma vez que é fundamental a reavaliação da criança de modo a averiguar a sua evolução e desenvolvimento nas áreas de maior fragilidade e a aumentar a qualidade dos cuidados prestados. Assim, quando os recursos da comunidade são capazes de intervir no desenvolvimento da criança e atenuar as suas dificuldades, a periodicidade das consultas no CND começa a diminuir e a espaçar, até ao momento em que deixa de ser necessário este acompanhamento e é dada alta à criança. Assim, a criança só retorna às consultas de pediatria do desenvolvimento caso surjam novas queixas ou necessidade de reavaliação.

2.1.4. Recursos Humanos.

A equipa técnica do CND, coordenada pela Dr.^a Mónica Pinto, é constituída por profissionais de diversas áreas de saúde, nomeadamente, três Pediatras (Dr.^a Mónica Pinto, Dr.^a Sandra Santos e Dr.^a Vera Rodrigues), por uma TSEER (Dr.^a Sofia Gonçalves), por uma Psicóloga Educacional (Dr.^a Rita Santos), por uma Terapeuta da Fala (Dr.^a Ana Pinelas) e uma Neuropediatra (Dr.^a Sofia Quintas). Esta multidisciplinaridade vigente na equipa contribui positivamente para uma análise crítica e detalhada sobre cada caso e para uma maior eficácia no alcance dos objetivos. Estes elementos correspondem apenas à equipa do CND pelo que torna-se relevante apresentar um organograma, correspondente ao anexo I, onde estejam representados os responsáveis por outros departamentos do hospital bem como pela administração e gestão do HBA.

2.1.5. Recursos Materiais.

O CND disponibiliza instrumentos de avaliação e uma grande variedade de materiais a utilizar no âmbito do processo de intervenção.

No que concerne ao processo de avaliação, o HBA disponibiliza como recursos a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths - EDMG (Griffiths, 1954 - extensão revista de 1996 e 2006), que inclui uma mala com materiais a aplicar a crianças dos zero aos dois anos e uma mala para crianças dos dois aos oito anos de idade; a WISC (Wechsler, 1949) - extensão revista; a Avaliação Psicopedagógica que inclui uma compilação de testes, nomeadamente, o PEDE - Teste Exploratório de Dislexia Específica, BAPAE – Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar, ALEPE – Bateria de Avaliação da Leitura em Português Europeu; ACCLE – Avaliação das Competências de Linguagem para a Leitura e Escrita, e outras questões que permitem avaliar o cálculo, a linguagem expressiva e compreensiva.

Relativamente ao processo de intervenção, são utilizados diversos materiais lúdicos, nomeadamente, puzzles, jogos de encaixes, livros, materiais em formato digital, jogos de correspondência, entre outros. Estas atividades são realizadas de acordo com as competências que se pretendem trabalhar com a criança, podendo ser concretizadas em contexto de sala.

2.1.6. Relação com outros Contextos de Intervenção ou Comunitários

O trabalho dos profissionais do HBA não se restringe à qualidade existente na prestação dos seus serviços mas envolve também a disponibilização de recursos que promovem a interação com a comunidade e a articulação dos seus serviços com os recursos que nela existem.

Um dos meios disponibilizados à comunidade é o *SITE*. Esta página *Web* apresenta a informação de forma atrativa, simplificada e de fácil acesso uma vez que todos os separadores estão devidamente identificados, permitindo a rapidez e eficácia na utilização. Para além do referido, o *SITE* fornece uma série de informações sobre as especialidades e serviços que o hospital oferece à população bem como a pesquisa sobre o médico de cada especialidade, disponibiliza a informação sobre a localização e as possíveis vias de acesso ao hospital, permite conhecer diversas curiosidades sobre a instituição, nomeadamente, a origem do logotipo, a atribuição do nome do hospital, notícias que surgem nos *media* sobre esta entidade e os meios de implementação do projeto (HBA, 2012).

Para além do *SITE*, o hospital disponibiliza a revista *IESS* em formato digital, sendo esta destinada à população da área de abrangência do hospital e aos seus profissionais. A *IESS* é uma revista que contém notícias e entrevistas sobre os profissionais, os serviços de saúde prestados e as iniciativas desenvolvidas pelo hospital, em comum com as parcerias existentes na comunidade, sobre a promoção da qualidade de vida (HBA, 2012).

Outro projeto que o HBA desenvolveu na comunidade foi o *HBARTE*, que integrou jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos. Este projeto consistiu na decoração das paredes interiores do hospital a partir do desafio lançado às turmas de artes visuais das escolas secundárias pertencentes à área de abrangência do hospital, sendo todo o material necessário para o projeto fornecido pelo HBA. O *HBARTE* foi coordenado pelos professores responsáveis pela lecionação da unidade curricular de desenho e foi integrado na avaliação curricular de cada estudante. O objetivo primordial do hospital foi a aproximação dos jovens à realidade hospitalar bem como responsabilizar estes alunos da importância do rigor do *design* do hospital pois seria um espaço de circulação de muitos doentes, familiares e

profissionais da área de saúde. Porém, este projeto serviu também como uma oportunidade para garantir a confiança dos alunos e respetivos familiares a que o hospital presta os seus serviços (HBA, 2012).

Para além da relação estabelecida entre o hospital e a comunidade, o HBA estabelece uma relação com outros contextos de intervenção existentes na comunidade local. Como referido anteriormente, esta organização encontra-se em constante articulação com os centros de saúde, ELI's e Agrupamentos de escola da sua área de influência de modo a garantir a máxima eficácia na prestação de serviços. Este bom funcionamento entre as diferentes instituições é fundamental na sinalização, avaliação e acompanhamento das crianças com base nos recursos e terapias disponíveis na comunidade.

2.2.Agrupamento Vertical Almeida Garrett.

O AVAG é um estabelecimento público de educação, criado a 20 de Junho de 2000 e que resultou da fusão de quatro escolas: a EB 2,3 Almeida Garrett, a EB1/JI da Quinta Grande, a EB1/JI de Alfragide e a EB1/JI do Alto do Moinho, sendo a sede do agrupamento a EB 2,3 Almeida Garrett. Este agrupamento encontra-se localizado no concelho da Amadora, sendo a sua área de abrangência a Freguesia de Alfragide (AVAG, 2015).

O Agrupamento é constituído por órgãos de direção, administração e gestão, que são interdependentes entre si mas que colaboram a fim de aumentar a eficácia das medidas aplicadas e na prestação de serviços no contexto escolar. Assim, é de considerar como órgãos do AVAG o Conselho Geral, o Diretor, o Conselho Pedagógico e o Conselho Administrativo (AVAG, 2015).

A comunidade escolar apresenta uma grande heterogeneidade do ponto de vista cultural, económico e social uma vez que é frequentada por 1252 alunos cuja qualidade de vida e educação parental é muito distinta (AVAG, 2015).

2.2.1.Missão e Valores.

O objetivo primordial do AVAG é dar resposta às necessidades de formação dos alunos e, como tal, integra turmas de educação pré-escolar e de 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico, incluindo turmas de cursos vocacionais, de cursos curriculares alternativos e de cursos de educação e formação tipo 2, todos estes em funcionamento em regime diurno (AVAG, 2015). Esta é uma organização com órgãos próprios de administração e de gestão que trabalham em cooperação com o intuito de alcançar os seguintes objetivos (AVAG, 2015): (1) disponibilizar um percurso escolar sequencial, articulado e favorável aos alunos que frequentam este estabelecimento de

ensino; (2) prevenir situações de abandono escolar e exclusão social; (3) reforçar a capacidade pedagógica e aumentar o aproveitamento dos recursos; (4) aplicar um regime de autonomia, administração e gestão que seja comum nos quatro estabelecimentos de ensino; e (5) valorizar experiências em curso.

O AVAG rege-se por diversos princípios que visam o bom funcionamento do Agrupamento, a defesa de bens comuns, o respeito mútuo, a justiça, a tolerância e a independência no seio da comunidade escolar, a competência de todos os órgãos e serviços e o estabelecimento de direitos e deveres de toda a população escolar (AVAG, 2015).

2.2.2.Valências.

O AVAG presta serviços no âmbito da educação pré-escolar e escolar. Neste sentido, o agrupamento apresenta três escolas de ensino básico que integram o jardim-de-infância (JI) e o primeiro ciclo e uma escola de segundo e terceiro ciclos (AVAG, 2015).

Para além dos serviços de ensino regular, o AVAG disponibiliza serviços e apoios terapêuticos em virtude das parcerias que estabelece com outras entidades existentes na comunidade. Destes serviços fazem parte o ensino especial, a psicologia, a psicomotricidade, a fisioterapia, a terapia da fala e a terapia ocupacional. Os apoios prestados no âmbito do ensino especial e da psicologia integram o quadro do agrupamento enquanto os apoios da psicomotricidade, da fisioterapia e das terapias da fala e ocupacional resultam de parcerias efetuadas com a FMH, com a Escola Superior de Saúde de Alcoitão e com a Cerciama, respetivamente.

2.2.3.Departamento de Educação Especial.

O DEE é coordenado pela Dr.^a Teresa Gil e encontra-se sediado na EB 2, 3 Almeida Garrett, embora em cada uma das escolas do agrupamento apresente um gabinete de educação especial.

Os professores de EE que integram este departamento, sustentados pelo paradigma de escola inclusiva, são responsáveis por dar resposta às necessidades educativas dos alunos, resultantes de alterações nas estruturas e funções do corpo que condicionam o seu nível de atividade e de participação nos diferentes contextos de vida. Estes são ainda responsáveis pela articulação com todos os intervenientes no processo educativo do aluno com NEE bem como pela sinalização, avaliação, acompanhamento e elaboração do PEI e do Plano Individual de Transição (PIT), prestando estes serviços às crianças de idade pré-escolar e crianças e jovens de 1º, 2º e 3º ciclos de ensino básico. Neste sentido, o DEE faz o rastreio das crianças com

NEE, implementa os apoios específicos para cada aluno, executa adequações curriculares que beneficiem o percurso educativo de cada estudante de modo a garantir a igualdade de oportunidades independentemente a sua condição. Este departamento realiza reuniões mensais, podendo porém ser marcadas reuniões extraordinárias sempre que se justifique.

Para além do referido, o DEE encontra-se articulado com outras áreas profissionais, possibilitando a prestação de serviços específicos de acordo com as necessidades manifestadas pelos alunos com NEE. Deste modo, este departamento procura, essencialmente, alcançar o sucesso educativo dos alunos com NEE, sendo, por isso, que os apoios fornecidos baseiam-se numa multiplicidade e variedade de estratégias e metodologias de intervenção que maximizem todo este processo e ainda procura a articulação com os docentes titulares e as famílias dos alunos de modo a que todos os intervenientes do processo educativo da criança/jovem com NEE contribuam positivamente para uma maior eficácia na obtenção dos resultados.

No âmbito da psicomotricidade, o AVAG usufrui deste serviço através da parceria estabelecida com a FMH. O estágio de 2º ciclo do ramo de aprofundamento das competências profissionais decorre em três escolas do AVAG uma vez que abrange a área de intervenção precoce com as crianças em idade pré-escolar: a EB1/JI Alto do Moinho, a EB1/JI de Alfragide e a EB1/JI da Quinta Grande.

Para a realização do estágio curricular nas três escolas mencionadas, as professoras de EE de cada escola sinalizaram as crianças que careciam mais urgentemente deste apoio, referenciando crianças com e sem NEE.

As reuniões com a coordenadora do DEE, a Dr.^a Teresa Gil, ocorriam na EB 2, 3 Almeida Garrett uma vez que é neste espaço que se encontra instalada a sede do DEE. Nas reuniões são abordadas diversas temáticas associadas ao desenvolvimento das atividades de estágio bem como às medidas educativas a aplicar face aos estudos de caso acompanhados. Neste sentido, são esclarecidas questões sobre as normas do agrupamento face ao contacto estabelecido com os encarregados de educação bem como os procedimentos a tomar nestas ocasiões, expostas situações cujo contexto onde decorre a sessão dificulta o processo de intervenção, entre outros aspetos.

2.2.4. Recursos Humanos.

O DEE é constituído por quatro professoras de EE que se encontram distribuídas pelas quatro escolas do agrupamento, sendo que apenas três dos elementos integram o quadro deste departamento. Neste âmbito, é possível constatar que a professora Paula Fortunato é a professora de EE das EB1/JI da Quinta Grande e de Alfragide,

distribuindo o seu tempo entre os dois locais; a EB1/JI do Alto do Moinho apresenta como professoras de EE, a professora Branca Antunes, que integra o quadro do departamento de EE e a professora Laurinda Coelho contratada este ano letivo pelo agrupamento; por último, a EB 2,3 Almeida Garrett apresenta como professoras de EE a professora Dr.^a Teresa Gil, coordenadora do DEE, e também a professora Laurinda Coelho, que divide o seu tempo entre as duas escolas.

Como referido, o DEE é composto apenas por profissionais de EE, porém, articula com profissionais de outras áreas de modo a que os alunos recebam apoios específicos de acordo com as suas necessidades, estabelecendo parcerias com outras instituições, como referido anteriormente.

2.2.5. Recursos Materiais.

Os recursos materiais disponibilizados no AVAG eram variáveis de escola para escola. Na EB1/JI de Alfragide e a EB1/JI da Quinta Grande, os recursos materiais eram escassos pelo que houve a necessidade de proceder à compra ou construção de materiais para a concretização de atividades. Nestas duas escolas, apenas era disponibilizado material de ginásio, e.g., arcos, bolas, pinos, cordas, entre outros. Este aspeto pode ter sido influenciado pelo contexto onde as sessões de intervenção eram realizadas, i.e., biblioteca, sala dos professores e gabinete de EE (espaço entre duas salas).

Contrariamente ao mencionado, a EB1/JI do Alto do Moinho apresentava uma grande oferta e variedade de materiais, disponibilizados pela professora Branca Antunes. Neste âmbito, a escola dispunha de uma série de jogos lúdicos, nomeadamente puzzles, dominó, *tangram*, jogos de iniciação à aprendizagem da leitura e do cálculo numérico, jogos de enfiamento de contas e de encaixes, *mikado*, legos, material de desenho, i.e., lápis de cor, lápis de cera, canetas e folhas, e jogos de correspondência.

No processo de avaliação das crianças que ainda não se encontravam sinalizadas na EB1/JI do Alto do Moinho, os recursos materiais não foram disponibilizados pela escola mas pela FMH e pela orientadora académica. Assim, foram utilizados a *Schedule Growing Skills II* (SGS II) (Bellman, Lingam & Aukett, 1996), *Draw a Person* (DAP) (Naglieri, 1988), *Developmental Observation Checklist System* (DOCS) (Hresko et al., 1994), *Behavioral and Emotional Rating Scale* (BERS) (Epstein & Sharma, 1998), *The Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 2001), *Social-Emotional Dimension Scale* (SEDS) (Hutton & Roberts, 1986), e *Temperament and Atypical Behavior Scale* (TABS) (Neisworth et al., 1999).

2.2.6. Relação com outros Contextos de Intervenção ou Comunitários.

O AVAG é uma entidade que estabelece parcerias com outros serviços e instituições da comunidade a fim de aumentar a eficácia dos serviços prestados à população escolar na sua área de influência. Este aspeto tem como objetivo fornecer ao agrupamento a possibilidade de usufruir de uma equipa multidisciplinar de modo a melhorar o desempenho e qualidade de vida dos alunos com problemáticas. Neste sentido, o AVAG estabelece protocolos com a Faculdade de Motricidade Humana, com a Cerciama, com a Escola Superior de Alcoitão, como anteriormente mencionado.

No que concerne à relação estabelecida com a comunidade, é de realçar a ligação entre a estagiária e a família, na medida em que surgiu a necessidade de contactar alguns encarregados de educação de crianças sem sinalização a fim de incentivar e apelar à marcação de uma consulta de desenvolvimento no departamento de pediatria. Este processo foi realizado com duas crianças do pré-escolar da EB1/JI do Alto do Moinho para que fosse efetuada uma avaliação num contexto clínico com o intuito de obter um diagnóstico. Os encarregados de educação foram alertados para a importância desta avaliação no futuro desenvolvimento das crianças uma vez que poderiam usufruir de outros apoios na comunidade escolar.

Para além do referido, um dos meios disponibilizados à comunidade é o *SITE* na medida em que fornece a informação sobre o agrupamento e órgãos de administração, os horários e calendário académico, os projetos em que o agrupamento se encontra envolvido e ainda documentos inerentes ao regulamento escolar e ao plano anual de atividades. O *SITE* possibilita ainda o acesso imediato ao blogue do agrupamento, que contém informação sobre eventos realizados dentro e fora da comunidade escolar, e da biblioteca escolar, disponibiliza as atividades que irão decorrer no espaço da biblioteca da Escola 2,3 Almeida Garrett.

Por último, é ainda pertinente revelar que o *SITE* facilita o acesso o *moodle* do agrupamento onde se encontram disponibilizados documentos referentes às diversas unidades curriculares, livros em formato digital e os responsáveis pela coordenação pedagógica e pelos órgãos de administração e gestão da escola.

Capítulo II - Realização da Prática Profissional

Seguidamente, será apresentada uma descrição mais detalhada sobre os dois locais de estágio no sentido de demonstrar o modo de organização, as diferenças existentes entre os contextos de intervenção de cada local, as metodologias de avaliação e intervenção utilizadas, a diversidade de experiências e os estudos de caso analisados.

1. Calendarização das Atividades de Estágio

No que concerne a esta temática, torna-se pertinente realçar as diferenças ao nível da organização de cada estágio, analisar a forma de planeamento da aprendizagem do estudante de segundo ciclo e apresentar as atividades realizadas ao longo do presente ano letivo de forma regular e as atividades realizadas pontualmente.

1.1. Organização por etapas.

1.1.1. Hospital Beatriz Ângelo.

O estágio curricular no HBA teve a duração de 8 meses, com data de início em outubro de 2014 e com término em maio de 2015. Durante este período, ocorreu uma interrupção letiva nas férias do natal de aproximadamente duas semanas (de 23 de dezembro de 2014 a 4 de janeiro de 2015).

O primeiro contacto com o HBA foi estabelecido a 16 de outubro de 2014, onde foi realizada uma reunião com a orientadora local, Dr.^a Sofia Gonçalves, uma visita guiada ao CND e ainda a apresentação oficial aos elementos da equipa. O início das atividades de estágio ocorreu na semana seguinte, tendo sido tomado conhecimento de que as funções a desempenhar no âmbito de estágio seguiriam um processo gradual no que se refere ao nível de independência. Assim, numa primeira fase, a aprendizagem focou-se na observação das práticas existentes no hospital, na área da psicomotricidade, mas também das práticas de profissionais de outras áreas de intervenção uma vez que o principal objetivo era efetuar a distinção entre o papel do psicomotricista enquanto profissional e o papel dos técnicos de outras áreas (e.g., terapia da fala e pediatria do neurodesenvolvimento).

No âmbito da psicomotricidade no contexto hospitalar, verifica-se uma maior incidência no processo de avaliação comparativamente ao processo de intervenção uma vez que existe um maior número de crianças e jovens com necessidade de serem avaliados. Neste sentido, o contacto com o processo e os procedimentos de avaliação surgiu primeiro, nomeadamente através da observação da avaliação psicopedagógica. Inicialmente, ocorreu a possibilidade de participar na aplicação de algumas atividades mais simples na presença da orientadora e, posteriormente, a mesma concedeu-me

autonomia neste processo, explicando-me todos os procedimentos a adotar. Assim, o percurso evolutivo desde a observação até à administração integral da avaliação psicopedagógica foi rápido uma vez que é um teste simples e de fácil aplicação.

O último aspeto a ser alcançado em termos de autonomia no processo de avaliação foi a aplicação da EDMG (Griffiths, 1954 - extensão revista de 1996 e 2006), uma vez que a sua aplicação envolve um grande conhecimento sobre os seus itens e normas de administração. A aplicação deste instrumento foi realizada com a supervisão direta da TSEER, a Dr.^a Sofia Gonçalves, certificada pela *Association for Research in Infant and Child Development*. Neste sentido, as primeiras aplicações supervisionadas deste instrumento foram realizadas com crianças dos 5 aos 8 anos uma vez que era mais simples, existia menor probabilidade de a criança não querer colaborar e o prestador de cuidados não estava presente no momento da avaliação, aspeto que facilitava todo o processo pois o *feedback* na aplicação era fornecido no momento. Para a aplicação deste instrumento, foram adotadas algumas estratégias, entre as quais, agrupar os itens por cores de modo a reduzir o tempo de aplicação do instrumento. Posteriormente, quando se verificou a consolidação dos conhecimentos relativos à aplicação do instrumento para as idades anteriormente referidas, procedeu-se, então, à aplicação supervisionada do instrumento, para crianças abaixo dos 5 anos de idade.

No que diz respeito ao processo de intervenção, beneficiei de total autonomia na elaboração dos planos de intervenção, posteriormente revistos pela orientadora local que fornecia *feedback* em relação aos mesmos, bem como na sua aplicação pois na sessão estavam presentes apenas a criança ou a criança e um familiar, conforme as idades.

Seguidamente, será apresentada uma tabela que esquematiza a informação sobre as diferentes etapas de desenvolvimento do estágio bem como algumas das atividades desenvolvidas.

Tabela 1.

Cronograma das atividades de estágio no HBA.

	Ano Letivo 2014/2015							
	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.
Integração na Equipa								
Observação								
Reuniões de Equipa CND								
Reunião da Equipa Técnica								
Avaliação Psicopedagógica								

Intervenção Individual

Avaliação Global do Desenvolvimento

Em suma, é possível constatar que a autonomia na concretização das atividades foi adquirida gradualmente, o que permitiu a consolidação dos conhecimentos em cada uma das diferentes etapas.

1.1.2. Agrupamento Vertical Almeida Garrett.

O estágio no AVAG teve início a 29 de outubro de 2014 e término a 22 de maio de 2015, tendo durante este período ocorrido duas interrupções letivas de duas semanas, as férias do Natal de 19 de dezembro de 2014 a 4 de janeiro de 2015 e as férias da Páscoa de 27 de março a 6 de abril de 2015. No AVAG, houve a necessidade de formalizar a apresentação com uma reunião inicial entre a Coordenadora de EE do agrupamento, a Dr.^a Teresa Gil, a professora Dr.^a Teresa Brandão e a estagiária de segundo ciclo uma vez que este foi o primeiro ano de abertura deste local de estágio. Deste modo, era importante estabelecer as necessidades do local a fim de definir o percurso de trabalho da estagiária.

O primeiro contacto com o AVAG foi estabelecido a 22 de outubro de 2014, tendo sido realizada uma visita guiada às respetivas escolas do agrupamento e a apresentação formal aos responsáveis de escola e professores de EE. A primeira semana de estágio foi reservada para conhecer as escolas do agrupamento bem como os docentes dos alunos com NEE e dos alunos sinalizados para avaliação. Neste sentido, no decorrer da semana, existiu a possibilidade de recolher os dados relativos a cada aluno e de obter informações dos alunos sem diagnósticos mas sinalizados para apoio no âmbito da intervenção psicomotora.

Relativamente ao trabalho desenvolvido no AVAG, a metodologia adotada pela Dr.^a Teresa Gil incidiu na independência total nos processos de avaliação e de intervenção dos casos em estudo devido à impossibilidade de acompanhamento permanente por estar numa escola do agrupamento na qual não decorria o estágio. No entanto, numa fase inicial, a Dr.^a Teresa Gil tomou conhecimento dos planos de intervenção elaborados, fornecendo autonomia à estagiária na escolha dos métodos de intervenção adotados desde que devidamente justificados e com um propósito.

Contrariamente ao sucedido no HBA, a independência na concretização de todas as tarefas foi adquirida desde o início, pelo que não existiu um período de supervisão/orientação local durante as etapas de observação, avaliação e intervenção, até porque não existe psicomotricidade na instituição. No presente local verificou-se ainda a possibilidade de reunir com os encarregados de educação dos alunos sem

diagnóstico de modo a encaminhá-los para uma consulta de desenvolvimento, para que fosse realizada uma avaliação mais detalhada. Este contacto foi efetuado em colaboração com a educadora que serviu de intermediário na marcação da reunião com os encarregados de educação. Neste sentido, existiu a necessidade de recorrer, com maior frequência, ao apoio da orientadora académica de modo a acompanhar os procedimentos realizados e os métodos de intervenção adotados, bem como na verificação dos relatórios de avaliação/intervenção elaborados para cada aluno.

Face ao exposto, seguidamente, será apresentada uma tabela que sintetiza a informação sobre as diferentes etapas de desenvolvimento do estágio bem como algumas das atividades desenvolvidas.

Tabela 2.

Cronograma das atividades de estágio no AVAG.

	Ano Letivo 2014/2015							
	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.
Integração na Equipa								
Observação								
Avaliação inicial								
Relatórios de avaliação inicial								
Plano de Intervenção								
Intervenção Individual								
Avaliação final								
Relatórios de avaliação final								
Balanço final da intervenção								

Em conclusão, as metodologias de aprendizagem adotadas por cada um dos locais de estágio foram diferentes, quanto ao nível de exigência inicial e na aprendizagem dos conteúdos. No AVAG o nível de exigência inicial foi maior, existindo uma maior preparação, necessidade de adaptação e resiliência por parte da estagiária bem como a rápida aprendizagem dos conteúdos. Por outro lado, no HBA, o processo de aprendizagem e o nível de exigência foram graduais ao longo do estágio académico.

1.2. Atividades desenvolvidas no HBA e no AVAG.

1.2.1. Reuniões de Equipa.

As reuniões de equipa no HBA realizavam-se semanalmente, à quinta-feira, com a duração de duas horas (das 12h-14h), sendo que em cada duas reuniões mensais,

estavam presentes elementos da equipa das ELI's e dos agrupamentos de escolas das regiões de abrangência do hospital. Nestas reuniões com as ELI's e com os agrupamentos eram discutidos e analisados os casos problemáticos ou possíveis questões a estes associados que necessitassem, de algum modo, da intervenção do hospital (e.g., reavaliação, alterações na medicação, não comparência da criança na última avaliação, entre outros). As outras duas reuniões do mês, contavam com a presença dos elementos da equipa do CND e das estagiárias, sendo o tempo de reunião dedicado à apresentação de temáticas para *workshops*, discussão dos casos a avaliar na semana seguinte, projetos a desenvolver no CND e seleção de casos para acompanhamento.

Contrariamente ao sucedido, no AVAG, as reuniões de equipa eram realizadas apenas com os elementos do DEE. Deste modo, as reuniões que a coordenadora de DEE realizava com a estagiária não tinham um carácter regular, por impossibilidade de conciliar horários e pelo contexto de estágio não coincidir com o local de trabalho da mesma. Por este motivo, a sua concretização tinha apenas como objetivo efetuar um ponto da situação, averiguando os assuntos de maior importância e de necessidade de esclarecimento.

1.2.2. Reunião da Equipa Técnica no HBA.

As reuniões da equipa técnica eram constituídas pelos técnicos das metodologias de intervenção do CND, (i.e., psicologia, psicomotricidade e terapia da fala, e pelas estagiárias). Estas reuniões tinham por objetivo a alteração e atualização dos instrumentos de avaliação em vigor no CND no sentido de melhorar a estrutura dos instrumentos e dos relatórios de avaliação bem como de efetuar adequações que facilitassem a sua compreensão por parte do leitor. Estas eram reuniões pontuais realizadas à quinta-feira, num horário em que todos os elementos da equipa técnica estivessem disponíveis.

1.2.3. Momentos de convívio no HBA.

Os momentos de convívio no CND eram agendados, com antecedência, para o horário de reunião de equipa por ser o único período em que todos os elementos estavam disponíveis, sendo acordado que nessa data específica não se realizaria a reunião. Deste modo, foi realizada a festa de receção das estagiárias em outubro de 2014, a festa de natal em dezembro de 2014, a festa de aniversário do CND em abril de 2015, a festa de despedida das estagiárias em junho de 2015. Estas festas contribuíam para a excelente relação entre todos os membros da equipa e para uma melhor integração e convivência das estagiárias.

1.2.4. Conferência 8 Jornadas da Família – Clínica Gerações.

A Conferência 8 *Jornadas da Família – cuidados integrados: da comunidade ao hospital* foi organizada pela Clínica Gerações e decorreu na faculdade de medicina dentária nos dias 7 e 8 de maio de 2015, das 8:00 horas às 16:30 horas. Os principais temas desta conferência deram destaque à criança, à idade adulta e à mulher, sendo abordadas questões no âmbito do desenvolvimento infantil, do sono, doenças da civilização, imunização contra rotavírus em Portugal, Meningococo B, vírus EBOLA, problemas no adulto, vacinação na idade adulta, obstetrícia, miomas uterinos e genecologia. As temáticas analisadas na conferência são muito atuais e de grande interesse para os destinatários, porém, as temáticas relacionadas com o desenvolvimento infantil foram mais interessantes e atrativas do ponto de vista pessoal.

1.3. Horário de Estágio.

O horário-tipo apresentado na tabela seguinte fornece uma ideia geral do tempo despendido semanalmente nos dois locais de estágio bem como algumas das funções desempenhadas. Contudo, importa realçar que o horário não era estático, pelo que sofreu algumas alterações ao longo do ano.

Tabela 3.

Horário de uma semana-tipo.

	HBA	HBA	AVAG		AVAG
Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:00/10:00	Avaliação	Avaliação	Intervenção		Intervenção
10:00/11:00	Avaliação	Avaliação	Intervenção		Intervenção
11:00/12:00	Avaliação	Avaliação	Intervenção		Intervenção
12:00/13:00	Avaliação	Avaliação	Intervenção	Reunião de	Intervenção
13:00/14:00	Intervenção			Equipa	Intervenção
14:00/15:00	Avaliação				Intervenção
15:00/16:00	Avaliação				
16:00/17:00	Avaliação				

2. População apoiada

No que diz respeito à população apoiada, é possível contabilizar que, no total, onze crianças receberam apoio individualizado no âmbito da intervenção psicomotora, sendo realizado no HBA o acompanhamento de três crianças e no AVAG de oito crianças. As onze crianças tinham idades compreendidas entre os 18 meses e os 10

anos, sendo quatro do género feminino e sete do género masculino. De entre as onze crianças, duas encontravam-se em casa com a família, três a frequentar o pré-escolar e seis o primeiro ciclo do ensino básico. Em relação ao diagnóstico, importa realçar os diagnósticos das crianças apoiadas: uma com síndrome de *Dravet* (SD), duas com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) em comorbilidade com Dificuldades de Aprendizagem (DA), duas com ADPM, uma com DA, uma com PHDA em comorbilidade com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidas (DID) e perturbação do comportamento, uma com mioclonias, uma com trigonocefalia em comorbilidade com perturbação do comportamento e DID e duas sem diagnóstico.

No que concerne ao tipo e número de apoios, no HBA, uma criança recebia apoio da psicomotricidade, uma criança recebia apoio da psicomotricidade e da EE e uma criança recebia acompanhamento da psicomotricidade, da ELI e da fisioterapia.



Figura 1 - Número de apoios por criança no HBA.

Das oito crianças acompanhadas em psicomotricidade no AVAG, duas recebiam apenas apoio da psicomotricidade, duas recebiam apoio da psicomotricidade e da EE, uma recebia apoio da psicomotricidade, da EE e da terapia fala, duas recebiam apoio da psicomotricidade, da EE, da psicologia e da terapia fala e uma recebia apoio da psicomotricidade, da EE, da psicologia, da terapia da fala e da terapia ocupacional.

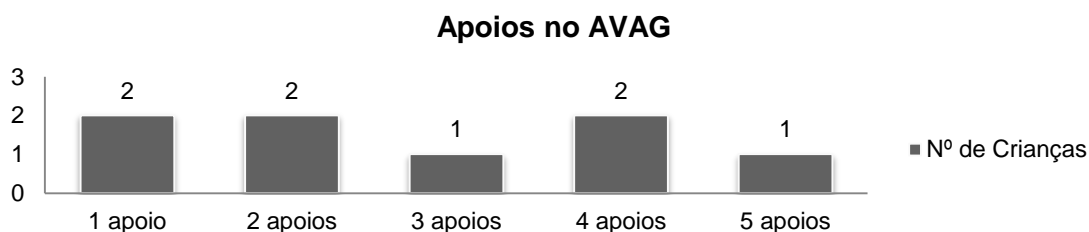


Figura 2 - Número de apoios por criança no AVAG.

3. Processo de avaliação

O processo de avaliação no âmbito da psicomotricidade decorreu no HBA e no AVAG, sendo os procedimentos adotados diferentes.

No HBA, o processo de avaliação teve início na referenciação realizada pelo centro de saúde ou por outra especialidade médica para uma consulta de

desenvolvimento. Na consulta de desenvolvimento, a pediatra observa a criança e questiona os prestadores de cuidados sobre o historial clínico, pessoal e familiar da criança bem como as possíveis queixas da família. Face ao transmitido, a pediatra do desenvolvimento encaminha a criança para uma avaliação, conforme as suas necessidades, efetuando a marcação com referência ao tipo de avaliação pretendida. No caso da intervenção psicomotora, pode ser realizada uma avaliação aos requisitos pré-académicos, uma avaliação psicopedagógica ou uma avaliação global do desenvolvimento psicomotor. A avaliação aos requisitos pré-académicos, como a própria designação indica, avalia as competências necessárias para a integração no primeiro ciclo, a avaliação psicopedagógica é constituída por uma compilação de testes que avaliam as competências académicas conforme o ano de escolaridade e, por último, a avaliação global do desenvolvimento psicomotor é realizada através da aplicação da EDMG (Griffiths, 1954) no sentido de avaliar as competências dos vários domínios do desenvolvimento.

No contexto hospitalar, a duração de cada avaliação podia variar entre uma a duas sessões de 90 minutos cada, conforme o ritmo da criança, sendo que em crianças até aos 4 anos, a avaliação é efetuada na presença dos pais e, a partir dos 5, a criança entra sozinha para ser avaliada. Após a avaliação, é marcada uma data de entrega do relatório onde são explicados os resultados da avaliação, fornecidas estratégias à família de acordo com a problemática e explicada a importância do acompanhamento terapêutico.



Figura 3 - Etapas do processo de avaliação no HBA.

No AVAG, os procedimentos são diferentes pelo que o processo de avaliação é realizado por cada técnico que acompanha uma dada criança e conforme a sua especialidade. Deste modo, no caso da intervenção psicomotora, foi dada prioridade às crianças que ainda não apresentavam um diagnóstico uma vez que as restantes já acompanhadas, apresentavam um diagnóstico e um relatório médico recente.

No que diz respeito às crianças consideradas prioritárias (i.e., sem diagnóstico), as educadoras e docentes sinalizaram as crianças que necessitavam de uma avaliação e informaram as professoras de EE.

Após sinalização das crianças, a informação é transmitida ao técnico responsável, que procede à observação da criança em contexto individual e à recolha

de informação junto das docentes, com o intuito de selecionar os instrumentos adequados às características de cada criança. Seguidamente, procede-se à avaliação da criança, em contexto individual, podendo durar uma a duas sessões de 45 minutos cada, conforme o ritmo da criança e a sua colaboração nas tarefas. Deste modo, foram aplicados a SGS II, o TABS, o SEDS e o BERS.

Por último, é entregue o relatório de avaliação à docente responsável de modo a que os encarregados de educação tomem conhecimento da informação. Contudo, importa salientar que este processo só é realizado com autorização prévia do encarregado de educação.

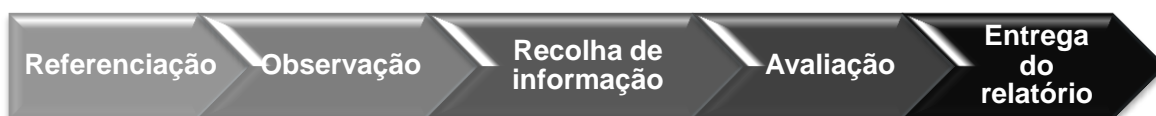


Figura 4 - Etapas do processo de avaliação no AVAG.

Face ao exposto, seguidamente serão apresentados os instrumentos aplicados somente aos estudos de caso, pelo que não será realizada uma descrição do SEDS e do BERS uma vez que a criança à qual foram aplicadas estas escalas, não integra os casos de análise detalhada.

3.1. Instrumentos de Avaliação.

3.1.1. The Schedule of Growing Skills II.

A SGSII é uma escala de referência à norma que avalia as competências de desenvolvimento em crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, com base nas sequências de desenvolvimento definidas por Mary Sheridan (Williams et al., 2013). Este é um instrumento que permite o rastreio de possíveis alterações no desenvolvimento na medida em que fornece informação sobre os domínios do desenvolvimento em que a criança parece revelar dificuldades, averiguando se está a seguir o padrão normal ou se necessita de ser referenciada para uma avaliação mais detalhada. Deste modo, é um instrumento de grande precisão e confiabilidade (Bellman, Lingam, & Aukett, 1996) que possibilita a identificação das áreas fortes e das áreas do desenvolvimento em que a criança revela um pior desempenho (Tan e Famm, 2008), porém, o instrumento não permite o estabelecimento de um diagnóstico clínico (Bellman, Lingam, & Aukett, 1996).

Relativamente à sua composição, este instrumento é constituído por 179 itens que se encontram distribuídos por nove domínios que avaliam o desenvolvimento, entre os quais, as capacidades posturais passivas e ativas, as locomotoras, as visuais, as de audição e fala, as de fala e linguagem, as de interação social e as de autonomia.

Porém, este instrumento avalia, ainda, a cognição com base em alguns itens distribuídos pelas subescalas anteriormente mencionadas (Bellman, Lingam, & Aukett, 1996).

Com a duração de aplicação de aproximadamente 20 minutos, este é considerado um instrumento de rápida e fácil aplicação. Esta rapidez na administração deve-se ao facto de não ser necessário aplicar todos os itens de uma subescala, devendo aplicar-se dois a três itens, antes do esperado para a idade cronológica da criança a avaliar (Bellman, Lingam, & Aukett, 1996).

No que diz respeito à forma de cotação, esta tem um carácter dicotómico, i.e., realiza/não realiza, sendo a pontuação de cada subescala obtida pelo somatório dos itens cotados positivamente. Contudo, caso se verifiquem itens não cotados seguidos de itens consecutivos cotados positivamente, o somatório é feito incluindo os itens não cotados. Além disto, quando a criança é capaz de concretizar um item mas o seu desempenho ainda não se encontra consolidado, este instrumento confere a possibilidade de cotar positivamente um item com a letra **Q** (Bellman, Lingam, & Aukett, 1996). Posteriormente, o *score* obtido é comparado com os valores padronizados em tabela para uma dada idade cronológica a fim de averiguar se o perfil de desenvolvimento da criança se encontra dentro do esperado para a sua idade. Assim, se o seu desempenho é correspondente à sua idade cronológica, a criança apresenta um desenvolvimento dito normal, caso o seu desempenho não seja equivalente à sua idade cronológica, então apresenta um atraso no desenvolvimento para um determinado domínio (Williams et al., 2013).

3.1.2. The Temperament and Atypical Behavior Scale.

O TABS é um instrumento normativo, destinado a crianças com idades compreendidas entre os 11 meses e os 71 meses, e pretende identificar as crianças que se encontram com ou em risco de desenvolvimento atípico. Este é considerado um instrumento válido, confiável e aplicado individualmente por pais, com supervisão do profissional, ou por profissionais que tenham conhecimento sobre o comportamento diário da criança (Neisworth et al., 1999).

Relativamente à constituição do instrumento, o TABS apresenta três componentes: *The Screener*, *The Assessment Tool* e *The TABS Manual*. A primeira componente é constituída por 15 itens e permite a identificação de crianças que deveriam receber uma avaliação mais aprofundada do desenvolvimento, no que concerne ao temperamento e autorregulação. A segunda componente corresponde a uma *checklist* do comportamento composta por 55 itens que se encontram distribuídos por diversas áreas, nomeadamente o temperamento, a atenção, a vinculação, o

comportamento social, o desempenho, o comportamento verbal, o sentido e movimento, a autoestimulação, a auto-mutilação e o estado neurocomportamental. Nesta componente, os resultados sobre o temperamento e autorregulação atípicos podem incidir sobre quatro perfis de comportamento: (1) Desligado, (2) Hipersensível/Ativo, (3) Pouco Reativo e (4) Desregulado (Neisworth et al., 1999).

O perfil *Desligado* caracteriza-se por comportamentos de indiferença, egoísmo e por dificuldades de integração e na aceitação de rotinas diárias. Este perfil encontra-se mais associado às Perturbações Autísticas. O perfil *Hipersensível/ativo* remete para comportamentos impulsivos, negativos, desafiantes, excessivamente ativos e demasiado reativos à estimulação ambiental. As crianças com PHDA encontram-se mais associadas a este perfil de desenvolvimento. O perfil *Pouco reativo* é caracterizado por um comportamento inibido e que necessita de constante estimulação ambiental de forma a dar resposta. Este perfil relaciona-se comumente com uma baixa consciência, baixo estado de alerta e um carácter passivo. Por último, o perfil *Desregulado* caracteriza-se por dificuldades no controlo e modelação do comportamento neurofisiológico e controlo verbal e motor. Estes comportamentos encontram-se mais associados a crianças com problemas de autorregulação (Neisworth et al., 1999).

O TABS apresenta duas formas de resposta possíveis: *Sim* e *Não*. Se a afirmação sobre o comportamento não é considerado um problema, assinala-se a resposta *Não*; Caso o comportamento seja um problema, assinala-se como resposta *Sim*; dos comportamentos assinalados como problemáticos e onde se verifica uma maior necessidade de ajuda e de informação para lidar com estes, existe a possibilidade de seleccionar, em simultâneo, a opção *Necessita de ajuda*. Nos casos em que o comportamento não se aplica à criança em específico, é cotado como *Não* (Neisworth et al., 1999).

No sentido de cotar as respostas obtidas na aplicação deste instrumento, é fundamental realizar o somatório dos itens cotados *Sim* de modo a obter o *score* bruto de cada perfil de desenvolvimento. Posteriormente, é elaborado o somatório dos *scores* brutos obtidos em cada um dos perfis de desenvolvimento de modo a calcular o *score* bruto total do Índice de Temperamento e Regulação (ITR). Por fim, os valores são comparados com a tabela normativa a fim de se obter o percentil e o *score* total de cada um dos perfis (Neisworth et al., 1999).

Os valores obtidos no percentil e nos resultados padronizados (*score-T standard*) do ITR correspondem ao melhor indicador para a interpretação dos resultados do TABS uma vez que o ITR é suficientemente estável e confiável no que concerne ao resultado final. Assim, *scores* brutos baixos (i.e., 0-4) remetem para

crianças sem problemas; scores brutos altos (i.e., 6 ou mais) são referentes a crianças com problemas de desenvolvimento: scores brutos de 5 e 9, considera-se que as crianças apresentam um temperamento e autorregulação atípicos; scores brutos de 10 ou mais, observa-se que a criança apresenta um desenvolvimento atípico, i.e., grandes dificuldades de temperamento e autorregulação (Neisworth et al., 1999).

3.1.3. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths.

A EDMG é um instrumento que avalia as competências de desenvolvimento mental, i.e., o crescimento e a maturação das competências, em crianças até aos 8 anos de idade (Ferreira et al., 2008). Esta escala encontra-se dividida em duas faixas etárias: a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths dos 0 aos 2 anos (extensão revista de 1996) e a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths dos 2 aos 8 anos (extensão revista de 2006). Ambas as escalas avaliam as competências integradas em cada subescala, permitindo identificar as áreas de melhor e pior desempenho da criança (Ferreira et al., 2008).

A escala dos 0 aos 2 é constituída por cinco subescalas, locomoção, pessoal-social, linguagem, coordenação olho-mão e realização, enquanto a escala dos dois aos oito integra seis subescalas, i.e., as mesmas que a anterior mais a subescala de raciocínio prático (Ferreira et al., 2008). A subescala locomoção procura avaliar o equilíbrio, a coordenação motora e o controlo dos movimentos; a subescala pessoal-social avalia as competências de autonomia em relação às atividades quotidianas e à interação com os pares; a subescala linguagem avalia as competências da linguagem expressiva e recetiva; a subescala coordenação olho-mão avalia as competências de motricidade fina, destreza manual e visuomotoras; a subescala realização avalia as capacidades visuo-espaciais e a precisão e rapidez nos movimentos; e, por último, a subescala raciocínio prático avalia questões morais, a capacidade de resolução de problemas e de ordenação de sequências e a capacidade de entender conceitos matemáticos (Ferreira et al., 2008).

A administração da escala deve ser efetuada num local amplo onde o examinador possa observar com atenção a criança, com boas condições de iluminação, acústica e climatização, ausente de elementos distráteis que interfiram no desempenho da criança, e com equipamentos, i.e., mesa e cadeiras, adequados à idade da criança (Ferreira et al., 2008).

No que concerne ao material utilizado, tanto a escala dos 0 aos 2 como a dos 2 aos 8 apresentam uma mala equipada com um conjunto de materiais didáticos de acordo com os itens a avaliar, com tabelas de cotação, com um caderno de registos, com algumas folhas de papel e lápis. Contudo, a mala correspondente à escala dos

dois aos oito ainda deve incluir, adicionalmente, um caderno de grafismos/desenho e um cronómetro (Ferreira et al., 2008).

Relativamente à forma de cotação na escala dos 0 aos 2¹, será efetuado o somatório dos itens concretizados em cada subescala até obter seis itens consecutivos como não sendo cotados, calculando assim o *score* bruto de cada subescala. Com base nos resultados brutos, é possível obter-se os equivalentes etários correspondentes de cada subescala bem como os quocientes de cada subescala através de tabelas normativas que, posteriormente, permitirão também obter um percentil. Para o cálculo da idade mental global, é efetuado a média dos *scores* brutos de cada subescala para posterior comparação com os valores tabelados, onde se obtém a idade mental global, em meses e semanas (Ferreira et al., 2007).

4. Processo de Intervenção

O processo de intervenção nos dois locais de estágio divergiu na metodologia utilizada uma vez que no HBA a intervenção era centrada na família e no AVAG a intervenção era mais centrada na criança. Porém, existiram aspetos coincidentes nos dois locais de estágio, no que diz respeito ao tipo de intervenção e à organização e estrutura das sessões.

4.1. Intervenção Individual.

No que diz respeito ao tipo de sessão é de realçar que, em ambos os locais de estágio, a intervenção era realizada num contexto individualizado. No caso do HBA, a família deslocava-se ao hospital para receber o acompanhamento, sendo este prestado na presença ou em colaboração com a família, enquanto no AVAG, a criança era retirada da sala de aula para a sala de apoio e contava com a presença apenas do técnico e da criança.

No HBA, a opção pela intervenção individualizada nas crianças integradas num modelo de pacote de seis sessões devia-se à necessidade de fornecer algumas estratégias e atividades aos pais para desenvolverem com os seus filhos com o intuito de estimular as áreas de maior comprometimento no contexto familiar enquanto a criança, acompanhada semanalmente, necessitava de um apoio regular e imediato face às dificuldades aparentes e assinaladas na avaliação. Deste modo, as sessões no hospital eram realizadas no consultório médico e tinham a duração de 45 minutos, podendo ter uma frequência semanal ou quinzenal, com a presença ou não dos pais.

¹ Apenas será apresentada a forma de cotação dos zero aos dois uma vez que foi essa a escala aplicada.

No AVAG, a intervenção individualizada era predominante devido às características das crianças e ao tempo limitado para cada criança, havendo uma maior preocupação com a rentabilização do tempo para um melhor aproveitamento da criança. Assim, as sessões no agrupamento eram realizadas na biblioteca, no ginásio ou no gabinete de EE e tinham a duração de 45 minutos.

4.2.Contextos de Intervenção.

No que concerne ao contexto de intervenção, seguidamente, será apresentada uma descrição sobre o contexto onde decorreram as intervenções nos diferentes locais de estágio, incluindo o contexto físico, os materiais utilizados bem como as metodologias de intervenção adotadas.

4.2.1.Contexto HBA.

No HBA, o processo de intervenção decorreu no horário destinado às consultas do hospital de dia. Porém, a periodicidade das sessões foi variável, de acordo com as necessidades de cada utente. Deste modo, o processo de intervenção no hospital decorria semanalmente (uma vez por semana) ou em pacotes de seis sessões. Os pacotes de intervenção surgiram quando existia a necessidade de fornecer estratégias às famílias para promover o desenvolvimento da criança e ajudar a desenvolver as competências desejadas.

As sessões de intervenção tiveram a duração de 45 minutos e foram realizadas individualmente ou na presença de um familiar, i.e., em crianças de idades mais baixas, o familiar assistia à sessão de intervenção e ajudava no processo de interação com a criança. Com crianças a partir dos 5 anos, a sessão decorreu na presença da criança e do técnico responsável por se considerar que nesta idade a criança já apresentava alguma autonomia não sendo necessária a presença constante dos pais. Assim, os pais entravam no final da sessão onde acompanhavam a atividade que a criança estava a realizar no momento e eram informados sobre todas as atividades realizadas, os objetivos trabalhados e as estratégias a desenvolver em casa.

Relativamente ao contexto físico, a sessão de intervenção decorria num consultório médico relativamente pequeno, constituído por uma secretária com duas cadeiras de um lado e uma do lado oposto,

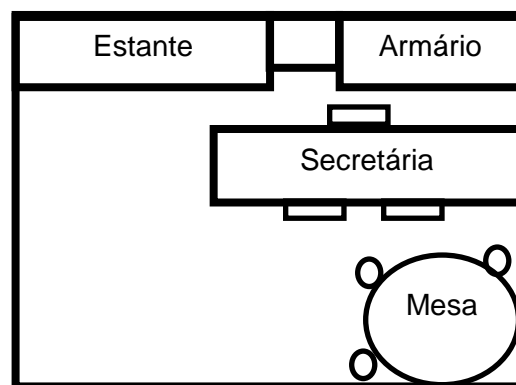


Figura 5 - Gabinete onde decorria o processo de intervenção.

uma mesa circular pequena com bancos da mesma dimensão para as crianças, uma estante e um armário onde estão guardados os materiais/brinquedos. Perante isto, é possível comprovar que este é um espaço mais direcionado para o apoio psicopedagógico, embora sejam ainda realizadas atividades com bebés com o intuito de estimular os padrões locomotores. Porém, não eram atividades muito elaboradas devido aos fatores limitantes do espaço. Este era ainda um ambiente acolhedor e confortável, com boa luminosidade, calmo e silencioso mas que apresentava alguns focos de dispersão para as crianças devido à existência de brinquedos ou materiais que captavam a sua atenção, sendo a presença destes estímulos o único elemento que poderia condicionar o bom funcionamento da sessão.

No que diz respeito aos materiais, foi utilizada uma diversidade de materiais de acordo com a idade de desenvolvimento, os objetivos a desenvolver e os interesses da criança. Em bebés onde era pretendido estimular o desenvolvimento da linguagem, tinha-se em consideração a escolha de materiais responsivos, nomeadamente os sonoros ou instrumentos musicais, e.g., xilofone, guizos, entre outros. Além do referido, para as crianças de idades baixas eram ainda escolhidos materiais que proporcionassem a exploração tátil por parte da criança, e.g., bola, cubos, boneca com cabelo, e materiais que remetiam para as atividades do quotidiano, e.g., copo, colher, pente do cabelo, a fim de promover o pensamento simbólico. Para as crianças em idade escolar (primeiro ciclo), eram realizadas atividades lúdicas de modo a promover a aprendizagem dos conteúdos académicos bem como de alguns pré-requisitos que até à data não teriam sido adquiridos, e.g., aprendizagem dos algarismos com atividades de correspondência numérica, aprendizagem das letras com recurso a imagens e letras em três dimensões, cartões fonológicos, entre outros. Além disto, foram realizadas outras atividades, e.g., jogos de encaixes e puzzles, a fim de desenvolver as competências de motricidade fina e de organização visuo-espacial e, ainda, jogos de correspondência de figuras com o intuito de trabalhar a memória.

No decorrer das atividades foram utilizadas diversas estratégias de intervenção de acordo com o objetivo pretendido e com o que era esperado para cada criança, e.g., ajuda verbal direta ou indireta (questionamento), ajuda física parcial ou total, imitação, demonstração, segmentação da atividade, *feedback* corretivo e positivo, entre outras.

Face ao exposto, no contexto hospitalar, o processo de intervenção procurava maximizar os recursos existentes na família e na comunidade, sendo este realizado em contexto hospitalar mas na presença ou em colaboração com a família. Neste sentido, a metodologia de intervenção era centrada na família e baseada num modelo estruturado, onde as atividades eram previamente planeadas, tendo em consideração

as informações evidenciadas pela família e orientando a família sobre possíveis estratégias e atividades a realizar com a criança no contexto familiar.

4.2.2. Contexto AVAG.

O processo de intervenção no AVAG decorreu em três escolas do agrupamento, sendo os contextos diferentes.

Na Escola EB1/JI da Quinta Grande as sessões de intervenção eram realizadas na biblioteca, quando o acompanhamento prestado incidia no apoio psicopedagógico, ou no ginásio da escola, quando se pretendia trabalhar os aspetos da motricidade global. Nesta escola foram acompanhadas duas crianças, em sessões individuais e de carácter semanal, com a duração de 45 minutos cada.

A biblioteca da escola era um local calmo, silencioso e pouco movimentado, com muita luminosidade, confortável e que não apresentava muitos estímulos distráteis para as crianças. Este local era constituído por três mesas retangulares, equipadas com cadeiras, um aparelho de audiovisual, computadores, e diversas estantes. Neste contexto de intervenção, o único fator limitante eram os materiais para trabalhar com as crianças na medida em que existiu necessidade de comprar ou construir alguns materiais para desenvolver certos

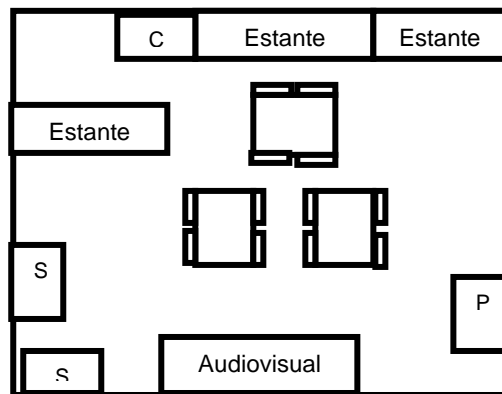


Figura 6 – Biblioteca onde decorria o processo de intervenção.

P- Porta; S- Sofá; C- Computador

objetivos, e.g., *tangram*, jogo de memória, jogo de correspondência numérica, fichas de trabalho, plasticina entre outros. Face a isto, a escassez de recursos materiais da escola contribuiu para que não existisse tanta diversidade a este nível. Porém, as atividades a realizar com as crianças bem como os materiais desenvolvidos tinham sempre em consideração a idade de desenvolvimento, os objetivos e os interesses da criança. Por vezes, a construção de um material era realizada a pensar numa criança em particular mas que, posteriormente, acabava por ser também funcional para outras crianças. O ginásio, como contexto de intervenção, era um espaço amplo que apresentava uma série de materiais, e.g., bolas, arcos, pinos. Porém, foi um local menos procurado para a concretização de atividades na medida em que os objetivos a desenvolver com as crianças tinham maior incidência nos movimentos finos, de maior precisão e controlo.

Na escola EB1/JI de Alfragide, o contexto de intervenção encontrava-se localizado entre duas salas pelo que apenas eram utilizados separadores de modo a

não haver o acesso direto para aquele espaço. Este local era constituído por duas mesas retangulares e por dois armários. Porém, nem sempre era um ambiente harmonioso e tranquilo para a concretização da sessão, uma vez que era possível ouvir barulho das salas de aula mais próximas. Porém, era um espaço luminoso e com poucos elementos distráteis para as crianças. À semelhança da escola anterior, os recursos materiais também eram escassos pelo que os métodos de trabalho

utilizados foram similares. Nesta escola foram acompanhadas duas crianças em idade escolar, sendo realizadas atividades lúdicas de modo a promover a aprendizagem dos conteúdos académicos, e.g., aprendizagem das letras com recurso a imagens e letras em três dimensões, e a trabalhar os aspetos do desenvolvimento e do comportamento, e.g., jogos de interação - *mikado* - no sentido de controlar a impulsividade e estimular a capacidade de atenção.

Na escola a EB1/JI do Alto do Moinho, o processo de intervenção decorria na sala de EE. Esta sala era constituída por uma mesa retangular com cadeiras, uma secretária com um computador, dois armários de arrumação e várias prateleiras onde se encontravam arrumados os materiais/brinquedos. Embora esta fosse uma escola mais carenciada, disponibilizava uma grande diversidade de materiais adequados a crianças em idade pré-escolar e escolar.

Deste modo, para além dos jogos lúdicos promotores da aprendizagem dos conteúdos académicos, também dispunha de materiais que possibilitavam a brincadeira e o jogo simbólico bem como uma grande quantidade de jogos construtivos, e.g., legos. Nesta escola, as sessões de intervenção eram realizadas com duas crianças em idade pré-escolar e duas crianças em idade escolar.

No que diz respeito às estratégias de intervenção, estas variaram com os objetivos a desenvolver e as necessidades de cada criança, porém, no AVAG as mais utilizadas foram o feedback corretivo e positivo, a ajuda verbal indireta através do questionamento, a imitação e as pistas verbais.

Face ao exposto, o processo de intervenção no AVAG era centrado na criança e baseado, inicialmente, num modelo estruturado, onde as atividades eram previamente planeadas e, numa fase posterior, num modelo semi-estruturado onde já existia alguma flexibilidade na concretização das tarefas.

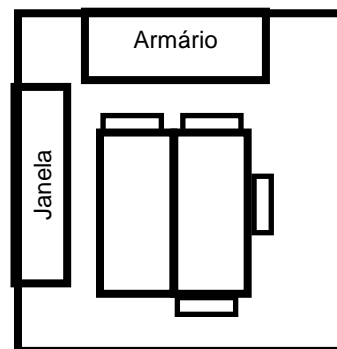


Figura 7 - Gabinete onde decorria o processo de intervenção.

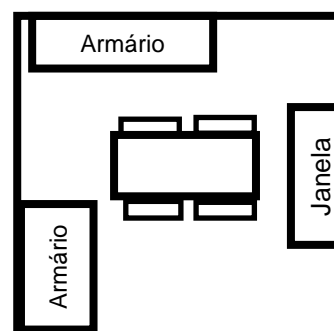


Figura 8 - Gabinete onde decorria o processo de intervenção.

4.3.Casos Intervencionados.

Neste tópico serão apresentados os casos intervencionados (N=9) no presente ano letivo, por instituição, à exceção dos dois estudos de caso que serão analisados no tópico *Processo de Intervenção*. Os casos acompanhados apresentam idades compreendidas entre os 2 e os 10 anos e diversas problemáticas, como evidenciado nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4.

Caraterização dos casos acompanhados no HBA.

Nome	Idade (Anos)	Género	Diagnóstico	Duração	Caraterização	Avaliação/ Instrumentos ²	Balanço da Intervenção
LS	6	♀	DA	Pacote de 6 sessões	Frequenta 1º ano de escolaridade; dificuldades visuais, na relação com os pares, na aprendizagem dos conteúdos, de memória, perceção, planificação e de atenção; baixa autoestima.	WISC QI não-verbal (75) QI verbal (100) QI Global (85)	Melhoria na identificação dos algarismos até dez, das vogais, de algumas consoantes, das figuras geométricas; ligeira melhoria da memória visual e das capacidades visuo-espaciais.
MD	2	♂	ADPM	Pacote de 6 sessões	Está em casa com a mãe; atraso no desenvolvimento da linguagem	Griffiths Área Forte – motricidade fina Área fraca – linguagem	Melhoria ao nível das competências de motricidade fina e de cognição não-verbal

² Importa realçar que estas avaliações não foram realizadas pela estagiária de 2º ciclo, estando referenciadas nos relatórios das crianças como sendo as mais recentes.

Tabela 5.

Caraterização dos casos acompanhados no AVAG.

Nome	Idade (Anos)	Género	Diagnóstico	Duração	Caraterização	Avaliação/ Instrumentos ³	Balanço da Intervenção
MF	7	♀	SD	Ano Letivo	1ª convulsão aos cinco anos e meio, com febre prolongada; frequenta o pré-escolar; dificuldades na motricidade fina, na capacidade de focalização da atenção e do tempo de permanência da tarefa e um ritmo de aprendizagem lento.	Griffiths Melhor desempenho – Linguagem Pior Desempenho – Motricidade Fina e Cognição não-verbal	Melhoria na escrita do primeiro e último nome em letra de imprensa, dez ou mais letras, no desenho da figura humana, das figuras geométricas, da cruz e da janela reconhecíveis, no reconhecimento das letras do alfabeto, dos algarismos até dez e na contagem até vinte.
JÁ	10	♂	Mioclonias	Ano Letivo	Frequenta 4º ano; dificuldades na motricidade global, na força e tónus muscular, no controlo do movimento involuntário e na motricidade fina.	_____	Melhoria ao nível das competências grafomotoras, nomeadamente nos grafismos e na pintura de figuras dentro dos contornos e em atividades de precisão dos movimentos finos.
GR	9	♂	DA e PHDA	Ano Letivo	Parto distócico (ventosas); frequenta 2º ano (3ª vez); dificuldades na atenção, no tempo de permanência na	Avaliação Psicopedagógica	Melhoria na identificação das letras do abecedário e das figuras geométricas principais;

³ Importa realçar que estas avaliações não foram realizadas pela estagiária de 2º ciclo, estando referenciadas nos relatórios das crianças como sendo as mais recentes.

					tarefa, na aquisição dos processos de leitura e escrita, de memória, de percepção e de processamento da informação.	Escala de <i>Conners</i> para pais e professores	leitura de sílabas.
MB	10	♂	DA e PHDA	Ano Letivo	Frequenta o 3º ano; dificuldades na velocidade de processamento da informação, na percepção, atenção, na organização temporal e espacial, na memória auditiva, no cálculo mental e aritmético, na linguagem e consciência fonológica.	WISC Escala de <i>Conners</i> para pais e professores	Melhoria na identificação de conceitos opostos e de sílabas, na ordenação e formação de palavras, no reconhecimento das figuras geométricas principais, na organização de sequências simples de imagens e na segmentação silábica.
DS	6	♀	Sem diagnóstico	Ano Letivo	Frequenta o 1º ano; sinalizada pela professora por apresentar um mau comportamento dentro e fora do contexto de sala de aula, por não ter adquirido as competências pré-escolares e por dificuldades na aprendizagem dos conteúdos, na memória e na atenção sustida.	TABS BERS SEDS	Melhoria na escrita do 1º nome, na nomeação da letra /n/ e vogais; na identificação dos algarismos até dez, das figuras geométricas, no desenho da figura humana, na realização de operações simples de somar com recurso aos dedos e na contagem até dezoito.
AA	6	♂	DID, Problemas de Comportament	Ano Letivo	Seguido desde os 3 anos na consulta de desenvolvimento por ADPM; frequenta o pré-escolar; dificuldades	Avaliação da Linguagem	Desenha a figura humana reconhecível, escreve o nome em letra de imprensa, mais de

			o e Trigonocefalia		na atenção, no tempo de permanência na tarefa, na execução de grafismos, na coordenação oculo-manual e dos movimentos finos e na identificação de letras.		dez letras, nomeia as vogais e as letras do nome, identifica os algarismos até dez e as figuras geométricas principais e descreve imagens com um vocabulário simples.
CP	9	♂	DID, PHDA, PC	Ano Letivo	Atraso no desenvolvimento da linguagem, comportamentos agressivos e agitação motora antes dos 3 anos; frequenta o 3º ano; pouco motivado, impulsivo, comportamentos desajustados às exigências sociais, insegurança; dificuldades de regulação emocional, na sequenciação temporal, na reprodução de modelos, na capacidade de análise e síntese, conhecimento léxico de palavras.	WISC Teste <i>Rorschach</i>	Melhoria na capacidade de organização e formação de frases simples, na segmentação silábica, na descrição simples de uma imagem e na execução de movimentos finos

Perante os dados apresentados na tabela anterior, importa salientar que todos os casos acompanhados demonstraram evoluções, embora em níveis diferentes. No entanto, verificou-se uma maior progressão com a LS e a MF ao nível dos aspetos cognitivos e da motricidade fina e com o JA ao nível da motricidade fina. Em oposição, existiu uma menor evolução com a DS devido às dificuldades de memória, assimilação e de atenção e à repetição dos conteúdos e objetivos trabalhados. Neste caso, existiu uma grande dificuldade em trabalhar uma grande parte dos objetivos uma vez que para a concretização de um dado objetivo, este teria que ser trabalhado em várias sessões.

5. Estudos de Caso

Neste tópico serão apresentados os modelos de intervenção e os instrumentos de avaliação aplicados em particular para cada estudo de caso. Seguidamente, será efetuada uma descrição e análise dos resultados obtidos na avaliação inicial e final bem como o plano de intervenção implementado durante o período de estágio. Após esta análise, torna-se pertinente realizar uma comparação dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação e, ainda, um balanço sobre a evolução de cada caso durante o processo de intervenção. Por último, serão analisadas as dificuldades e as limitações verificadas durante o processo de intervenção em cada caso.

Relativamente à análise dos casos acompanhados, é de realçar que apenas vão ser apresentados e analisados dois casos, correspondentes a cada um dos locais de estágio, onde é possível compreender e verificar a diferença de metodologias utilizadas.

5.1. Estudo de Caso ID.

5.1.1. Caracterização do ID.

Tabela 6.

Identificação do ID.

Nome	Género	Idade	Data de Nascimento	Escolaridade	Nacionalidade	Referenciação
ID	♂	5	23/04/2010	Pré-escolar (EB1/JI do Alto do Moinho)	Portuguesa	Sem diagnóstico

O ID nasceu de cesariana às quarenta semanas e, segundo a mãe, o período de gravidez decorreu normalmente, não existindo nenhuma complicação com o bebé no período intrauterino.

No que diz respeito à aquisição de alguns padrões do desenvolvimento, é de realçar que o ID adquiriu o padrão de gatinhar aos 10 meses, o padrão da marcha aos 13 meses e começou a falar aos 14 meses. Por volta dos 24 meses deixou de utilizar biberon e aos 30 anos aprendeu a controlar os esfíncteres e deixou de usar chucha. A criança ingressou no ensino pré-escolar aos 4 anos de idade na EB1/JI do Alto do Moinho, tendo permanecido em casa com a mãe até essa idade.

Relativamente aos ritmos circadianos, o ID não revela dificuldades em adormecer, chegando a dormir 10 h por noite, porém, tem por hábito adormecer na sua cama e a meio da noite acordar e ir para a cama dos pais, ficando a dormir do lado da mãe. Em relação às rotinas alimentares, a mãe refere que a criança come

sozinha de garfo e faca e que respeita os horários das refeições, não ocorrendo nenhum problema neste âmbito.

Em relação ao contexto familiar, a criança vive com a mãe, o pai, o irmão e os avós. A mãe tem 26 anos, tem o 4º ano e encontra-se desempregada. O pai tem 27 anos, tem o 4º ano e encontra-se desempregado. O irmão do ID é do género masculino, atualmente com 6 anos, atualmente, e encontra-se também a frequentar o ensino pré-escolar na EB1/JI do Alto do Moinho, numa sala diferente da do irmão. Para além do referido, verifica-se um historial de esquizofrenia na família o que levou os pais a ter mais atenção e preocupação para com os comportamentos do ID. Isto porque, segundo os pais, a criança apresenta um comportamento agressivo para com o irmão e, por vezes, para com os prestadores de cuidados, reage mal quando é contrariado e revela uma grande intolerância à frustração. Além disto, é de realçar alguns episódios apontados pelos prestadores de cuidados e pela educadora, e.g., pegar em facas em casa, tirar o cinto das calças e fazê-lo rodopiar no ar, partindo a televisão, existir uma maior tendência para brincadeiras que envolvam lutas e armas, matar um pinto com um utensílio de madeira, entre outras situações. De acordo com a informação fornecida pelos pais, estes revelaram uma maior proteção para com o ID do que com o irmão, satisfazendo-lhe todas as suas vontades e desejos, desculpando os seus comportamentos e adotando um estilo parental permissivo.

Do ponto de vista médico, o ID é seguido no Hospital São Francisco Xavier na consulta de pneumologia. Até à data a criança não é seguida em consulta de desenvolvimento, primeiramente, por influência da médica de família que os aconselhou a esperar enquanto a criança não frequentasse o JI e, posteriormente, por decisão dos pais pois consideram que o ID evoluiu muito durante este primeiro ano em que integrou o JI e adquiriu algumas competências do desenvolvimento. Deste modo, a criança não era seguida pelo pediatra do neurodesenvolvimento.

No início do ano letivo 2014/2015, a educadora revelou que, em contexto educativo, o ID reagia mal quando contrariado, tinha dificuldades em resistir à frustração, por vezes, era agressivo com os pares, escolhia sempre a mesma atividade e/ou brinquedo, e verificou que, após aplicação de um teste diagnóstico, o desempenho do ID encontrava-se abaixo do esperado em comparação com os pares da mesma idade. Em contexto observacional, foi possível constatar que a criança era envergonhada, tímida, inibida e pouco autónoma na realização das tarefas, apresentando dificuldades ao nível da linguagem expressiva, e.g., um vocabulário pobre e dificuldades na articulação das palavras, e da motricidade fina, e.g., no controlo motor do lápis e na capacidade coordenação óculo-manual. Para além disto

não reconhecia algarismos, letras, figuras geométricas e o nome escrito, o desenho da figura humana era desproporcional e rudimentar, não contava até dez, não sabia escrever o seu nome, tinha dificuldades em pintar e a manipular o lápis.

Face ao exposto, surgiu a necessidade de avaliar o ID pelas queixas evidenciadas pela educadora e pelos prestadores de cuidados, assim como pelas características observáveis, sendo seguidamente descritos os instrumentos utilizados no processo de avaliação.

5.1.2. Condições de Avaliação.

O ID encontra-se a frequentar o pré-escolar e corresponde ao caso escolhido no AVAG para ser estudado e analisado. Em síntese, o ID não apresentava qualquer avaliação até à data nem era seguido numa consulta de desenvolvimento no hospital da sua área de residência. Porém, de acordo com as queixas e suspeitas evidenciadas pela educadora e pela família, surgiu a necessidade de realizar uma avaliação global do desenvolvimento e uma avaliação ao comportamento da criança, no sentido de efetuar um despiste/sinalização o mais precocemente possível.

No âmbito do processo de avaliação, foram aplicados os seguintes instrumentos no caso do ID: SGSII (Bellman, Linnam & Aukett, 1996) que procura avaliar as competências de desenvolvimento das crianças em função da sua idade cronológica; e o TABS (Neisworth et al., 1999) que pretende avaliar os indicadores do comportamento que contribuem para a sua atipicidade.

A aplicação da SGSII ocorreu em contexto individualizado com a criança, em duas sessões, no gabinete de EE onde o ambiente era calmo e silencioso enquanto o TABS foi preenchido pela educadora pois esta interagia diariamente com criança e tinha acesso à informação disponibilizada pela mãe, o que permitiu um preenchimento mais completo e a obtenção de maior quantidade de informação. Para além do referido, e em virtude de não existir muita informação sobre a criança, foi necessária a elaboração de um questionário a fim de averiguar a sua história pessoal bem como algumas rotinas no contexto familiar. Este questionário foi preenchido pela mãe em colaboração com a educadora uma vez que a mãe não possui as competências de leitura e escrita.

No que se refere às metodologias de intervenção utilizadas com o ID, é de destacar que os modelos adotados encontraram-se em conformidade com as políticas educativas e as normas do contexto escolar. Neste sentido, todo o processo de avaliação e intervenção no AVAG foi muito centrado na criança, embora se verificá-se a colaboração da família na elaboração do PEI e na obtenção de informação bem

como na possibilidade de visualizar e questionar qualquer avaliação. Contudo, o trabalho desenvolvido direccionou-se, essencialmente, à evolução da criança e à estimulação das suas competências, não havendo a participação ativa da família no processo de intervenção. Para além do referido, é de acrescentar que a intervenção realizada com o ID, inicialmente, baseou-se num modelo mais estruturado, em contexto individualizado, com as atividades e estratégias planeadas antecipadamente para realizar/utilizar com a criança. Porém, com o avançar das sessões, existia alguma flexibilidade para tentar conciliar/alternar as atividades do interesse da criança com as pretendidas.

5.1.3.Avaliação Inicial

O processo de avaliação do ID surge por referenciação da educadora de infância como resultado do seu desempenho na realização das atividades e pelas dificuldades demonstradas em comparação com os pares da mesma idade.

Como referido anteriormente, a avaliação inicial baseou-se num período de observação da criança e na aplicação de dois instrumentos: a SGS II (Bellman, Linnam & Aukett, 1996) e o TABS (Neisworth et al., 1999) com o intuito de realizar um despiste, caso necessário, para uma avaliação especializada que possibilite o diagnóstico.

A avaliação decorreu em duas sessões, mais especificamente a 21 e 28 de novembro de 2014, onde foi possível verificar que o ID demonstrou alguma timidez no contacto inicial, disponibilidade em colaborar nas atividades embora necessitasse de um reforço positivo para a sua concretização como forma de motivação, interesse por brincadeiras, facilidade em distrair-se e um melhor empenho em jogos do seu interesse. Esta avaliação foi realizada quando a criança apresentava 4 anos de idade.

5.1.3.1. The Schedule Growing Skills II.

Relativamente à aplicação da SGSII, esta teve a duração de 90 minutos onde foram avaliados vários domínios do desenvolvimento que se encontram distribuídos em nove subescalas, entre as quais, as capacidades posturais passivas, as posturais ativas, as locomotoras, as visuais, as de audição e fala, as de fala e linguagem, as de interação social e as sociais e de autonomias. Para além de abranger estas áreas do desenvolvimento, o instrumento permite também avaliar as competências cognitivas a partir de alguns itens que se encontram distribuídos pelas restantes subescalas. Cada subescala é composta por diversos itens que devem ser aplicados de acordo com a idade cronológica da criança. Neste sentido, os itens correspondentes às subescalas

das capacidades posturais passivas e ativas não foram aplicados pois estas duas áreas avaliam competências até aos 6 e 12 meses, respetivamente, pelo que se assume que aos 4 anos de idade já se encontram adquiridas. Ainda neste âmbito, é de realçar que a aplicação das restantes subescalas foi efetuada dois a três itens anteriores aos correspondentes à sua idade cronológica para garantir que as competências abaixo do esperado para a sua idade estavam adquiridas. Caso este aspeto não se verificasse, seriam aplicados itens anteriores até ser cotado positivamente um item a fim de ser determinada a idade de desenvolvimento da criança para uma dada subescala. Contudo, mesmo que alguns itens não tenham sido cotados positivamente, as normas de cotação do instrumento permitem que a criança alcance a pontuação máxima desde que os últimos itens avaliados revelem uma cotação positiva.

Seguidamente será descrito o desempenho da criança nas diferentes escalas abrangidas pelo instrumento no momento de avaliação inicial.

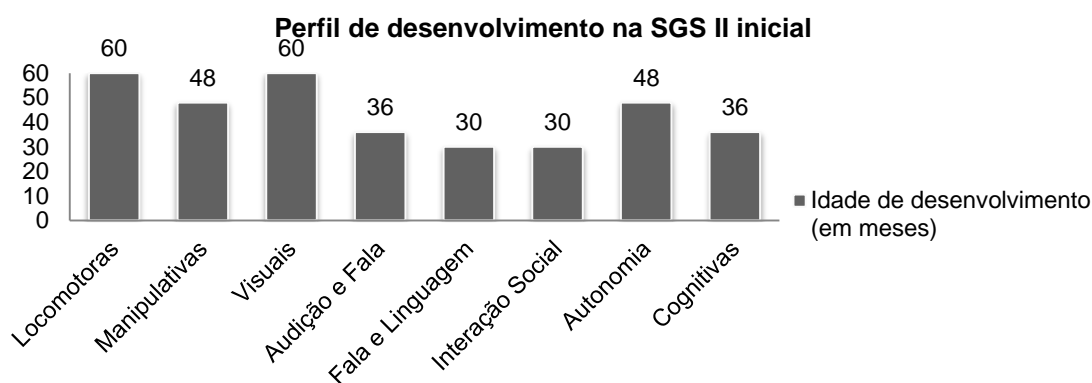


Figura 9 – Perfil de desenvolvimento na avaliação inicial SGS II.

No que diz respeito às capacidades locomotoras, o ID alcançou a pontuação de 20 nesta subescala de acordo com as normas de cotação do instrumento. Porém, a criança ainda não é capaz de realizar o item 34 (*Anda colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé*). O item 35 (*Mantém-se 8" em equilíbrio, em cada um dos pés*) foi cotado positivamente embora ainda não esteja consolidado uma vez que a criança apenas manteve o equilíbrio durante 8 segundos com a perna direita. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação acima do esperado para a idade, equivalente a uma idade mental de 60 meses, i.e., 5 anos.

Relativamente às capacidades manipulativas, o ID apresentou uma pontuação de 24 equivalente a uma idade mental de 48 meses. Nesta subescala, a criança não concretiza os itens 54 (*Coloca 8 pinos na tábua de encaixe em 30"*), 60 (*Constrói escada de 3 degraus com 6 cubos*), 66 (*Copia quadrado*) e o 69 (*Criança desenha cabeça, face, tronco, pernas e braços*). No item 53 (*Coloca 10 pinos dentro da chávena*

em 30”), a criança demorou 16 segundos a colocar os pinos na chávina. O item 54 não foi cotado uma vez que a criança em 30 segundos apenas colocou sete pinos na tábua. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação dentro do espectável para a sua idade, embora algumas destas capacidades ainda não estejam perfeitamente consolidadas, como é o caso das capacidades grafomotoras que envolvem o controlo motor do lápis.

Nas capacidades visuais, o ID obteve a pontuação 20, embora o item 79 (*Atento e interessado pelo movimento à distância*) não tenha sido cotado. Os itens 82 (*Reconhece detalhes do livro de figuras*) e 85 (*Reconhece pequenos detalhes de figuras*) foram cotados positivamente pois a criança identifica pelo menos um dos aspetos possíveis. No entanto, estes dois itens podiam ter sido prejudicados pela componente da linguagem, nomeadamente o vocabulário, pois se a cotação do item exigisse a nomeação dos três objetos, a criança não teria cotação positiva visto não saber identificar o gato e o rato apresentados na imagem. Assim, recorreu-se à utilização de outro livro pedindo para o ID nomear outros animais (como referido no manual de aplicação). Na atividade de encaixe de formas, a criança encaixava as peças por tentativa-erro. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação acima do esperado para a idade, correspondente a 60 meses.

No que concerne às capacidades de audição e fala, o ID obteve uma pontuação de 17, correspondente a uma idade mental de 36 meses. Nesta subescala, a criança não foi capaz de concretizar os itens 107 (*Cumprir uma ordem com duas instruções*), 108 (*Compreende perguntas mais complicadas*), 109 (*Cumprir uma ordem com três instruções*) e 110 (*Compreende negativos em frases complexas*), não sendo estes itens cotados. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação abaixo do esperado para a idade.

Relativamente às capacidades da fala e linguagem, o ID obteve uma pontuação de 15, correspondente a uma idade mental de 30 meses. Este resultado é explicado pela não concretização dos itens 126 (*Capaz de manter conversa simples e descrever acontecimentos*), 127 (*Sabe várias canções infantis ou comerciais*), 128 (*Consegue relatar vagamente acontecimentos recentes*), 129 (*Discurso fluente e claro*), 130 (*Consegue construir frases com cinco ou mais palavras*), 131 (*Consegue descrever uma sequência de acontecimentos*) e 132 (*Consegue explicar acontecimentos*). Neste âmbito, a criança revelou mais dificuldades ao nível da linguagem expressiva e fluência do discurso, não sendo capaz de descrever um acontecimento. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação abaixo do esperado para a sua idade.

No que diz respeito às capacidades de interação social, o ID alcançou uma pontuação de 18, correspondente a uma idade mental de 30 meses. Nesta subescala, a criança não obteve cotação positiva nos itens 141 (*Mostra-se rebelde quando contrariado*), 144 (*Mostra-se preocupado com irmãos e amigos*), 145 (*Ajuda ativamente irmãos e amigos*), 146 (*Escolhe os melhores amigos*), 152 (*Brinca com os brinquedos de modo habilidoso*), 154 (*Atira com a mão uma pequena bola*), 155 (*Sabe aguardar a sua vez no jogo*) e 156 (*Participa em jogos de cooperação e imaginação, cumprindo regras*). Os itens desta subescala relacionados com o comportamento social são, na sua grande maioria, cotados por observação das atividades no contexto de sala de aula. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação abaixo do esperado para a sua idade.

Nas capacidades de autonomia, o ID obteve uma pontuação de 20, correspondente para a idade mental de 48 meses. Nesta subescala, a criança não concretizou os itens 169 (*Não necessita de ajuda durante toda a refeição*), 178 (*Veste-se e despe-se sozinho, exceto botões e fechos*) e 179 (*Veste-se e despe-se sozinho, incluindo botões e fechos*), não sendo estes itens cotados positivamente. Os itens desta subescala relacionados com a autonomia são, na sua grande maioria, cotados por observação das atividades no contexto escolar ou de acordo com a informação fornecida pelo encarregado de educação. Assim, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação dentro do que é esperado para a idade.

Por último, no que diz respeito às capacidades cognitivas, o ID obteve uma cotação de 25, correspondente a uma idade mental de 36 meses. Nesta subescala, a pontuação alcançada resulta dos valores obtidos nos diversos itens das restantes subescalas que permitem avaliar também a cognição. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação abaixo do esperado para a idade.

De acordo com os valores apresentados no gráfico 3, é possível verificar que o ID se encontrava dentro ou acima do esperado nas áreas que envolvem as competências locomotoras, manipulativas, visuais e de autonomia, pelo que não apresenta estas áreas comprometidas. No entanto, nas competências de audição e fala, da fala e linguagem, sociais e cognitivas, o ID não apresentou uma idade de desenvolvimento equivalente à sua idade cronológica, encontrando-se abaixo do esperado.

5.1.3.2. *The Temperamental and Atypical Behavior Scale.*

Relativamente à aplicação do TABS, foram avaliados quatro perfis de desenvolvimento: o perfil *desligado*, o perfil *hipersensível/ativo*, o perfil *pouco reativo* e o perfil *desregulado*. Com base nos valores obtidos em cada um dos perfis, foi possível calcular o Índice de Temperamento e Regulação, que em comparação com valores padronizados no manual de aplicação, permite averiguar a capacidade da criança em gerir e regular o seu comportamento/temperamento.

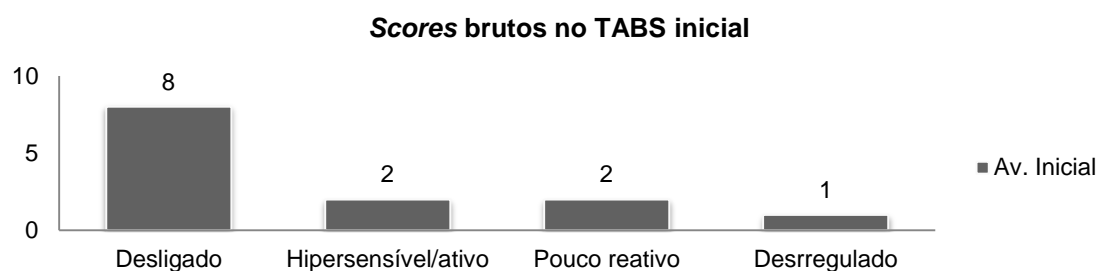


Figura 10- Scores brutos na avaliação inicial TABS.

Neste gráfico, importa salientar que um *score* bruto entre 0 e 4 indica que a criança não apresenta problemas num dado perfil enquanto um *score* bruto superior a 5 indica que a criança apresenta problemas de autorregulação do comportamento e do temperamento. Além do referido, neste referencial, quanto maior for o valor do *score* bruto, maior o risco de apresentar problemas de autorregulação e do comportamento e do temperamento.

Perante os valores apresentados no gráfico 4, é possível averiguar que na subescala que avalia o perfil *desligado*, o *score* bruto obtido foi de 8, o que indica que foram assinalados oito itens como sendo problemáticos para a criança e que comprometem o seu desenvolvimento. No que concerne à subescala *hipersensível/ativo*, foram referenciados 2 itens, porém, este perfil não se encontra comprometido. Os resultados obtidos na subescala *pouco reativo* parecem indicar que a criança apresenta 2 itens assinalados como problemáticos embora não sejam significativos para o comprometimento deste perfil. Relativamente à subescala *desregulado*, o *score* bruto de 1 indica que a criança parece apresentar um item assinalado como problemático no que se refere a um temperamento desregulado, sendo que este não compromete este perfil. Deste modo, verifica-se que a criança apresenta problemas de autorregulação do comportamento ao nível do perfil *desligado*, sendo que os perfis *hipersensível/ativo*, *pouco reativo* e *desregulado* não se encontram em risco.

Perante o somatório dos resultados obtidos nos quatro perfis, é possível obter o *score* bruto total de 13 correspondente ao ITR. Este valor indica que a criança parece

apresentar um desenvolvimento atípico neste âmbito, i.e., apresenta grandes dificuldades de autorregulação do comportamento e de gestão do temperamento.

Em síntese, a aplicação da SGS II permitiu verificar que a criança apresenta como áreas fortes as capacidades posturais passivas e ativas, locomotoras, manipulativas, visuais e de autonomia e indica que as áreas de maior comprometimento são as capacidades de audição e fala, de fala e linguagem, sociais e cognitivas. Os resultados obtidos com a aplicação do TABS parecem revelar que o ID se encontra mais vulnerável no que respeita às capacidades de autorregulação do comportamento e de gestão do temperamento, o que pode comprometer, por sua vez, o seu desenvolvimento. Porém, esta avaliação inicial serve apenas de despiste das necessidades e competências da criança, suportando a hipótese de uma avaliação mais detalhada das áreas de desenvolvimento da criança, nomeadamente das que se encontram abaixo do esperado para a sua idade cronológica.

5.1.4. Plano e Processo de Intervenção

O plano de intervenção definido para o ID foi desenvolvido no decorrer do ano letivo 2014/2015, tendo sido iniciado no dia 21 de novembro de 2014, após consentimento do Encarregado de Educação, e concluído a 22 de maio de 2015. Este plano incluiu três momentos: o momento de avaliação inicial, o processo de intervenção e o momento de avaliação final.

Para a avaliação inicial procedeu-se à aplicação de dois instrumentos de avaliação: a SGS II (Bellman, Linnam & Aukett, 1996) e o TABS (Neisworth et al., 1999). A seleção dos instrumentos foi baseada nas queixas/características evidenciadas pela educadora e na idade cronológica da criança. A avaliação inicial decorreu em duas sessões, a 21 e 28 de novembro de 2014, a fim de despistar as necessidades e as forças da criança. Perante os resultados obtidos nesta avaliação, evidenciados no gráfico 1 e 2 e analisados anteriormente, foi possível definir os objetivos a desenvolver com a criança durante o período de intervenção.

Seguidamente, serão apresentados os objetivos gerais, específicos e comportamentais desenvolvidos com a criança no presente ano letivo:

Tabela 7.

Objetivos estabelecidos para o estudo de caso ID.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais
Desenvolver a Motricidade Global	Melhorar a coordenação motora	Dar três saltos ao pé-coxinho com ambos os pés

Desenvolver o Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático	Manter o equilíbrio em cada pé durante 8"
Desenvolver a Motricidade Fina	Melhorar as capacidades de coordenação visuo-motora	Recortar figuras com precisão
		Enfiar contas num fio de acordo com o modelo
		Jogo de encaixe de peças no tabuleiro
		Empilhar cubos como no modelo + escada
	Potenciar as capacidades de grafomotricidade	Desenhar um quadrado, um círculo e um triângulo reconhecíveis
		Escrever o primeiro nome em letra de Imprensa
		Pintar dentro dos contornos
		Desenhar a figura humana
Desenvolver a Linguagem	Estimular a linguagem expressiva	Descrever acontecimentos
		Cumprir ordens com duas instruções
		Melhorar a coerência do discurso
	Estimular a linguagem compreensiva	Compreender as perguntas pela negação
Desenvolver a Estruturação Espaciotemporal	Melhorar a organização temporal	Organizar sequências de imagens
Desenvolver a Cognição	Promover os processos de atenção	Aumentar o tempo de permanência na tarefa
		Melhorar a atenção sustida
	Estimular as competências académicas	Contar até dez
		Reconhecer os algarismos de zero a nove
		Reconhecer o nome em letra de imprensa
		Escrever o nome em letra de imprensa
		Nomear as figuras geométricas
		Efetuar a correspondência quantidade-algarismo
Desenvolver as Competências	Aumentar o controlo do comportamento	Respeitar regras em jogos coletivos
		Estimular a capacidade de esperar pela sua vez
		Estimular o sentimento de preocupação com os outros

Socio-emocionais		Estimular o sentimento de partilha de brinquedos
		Aumentar a resistência à frustração
	Melhorar a capacidade de autonomia	Aprender a vestir-se e despir-se sozinho
		Realizar as refeições sem ajuda

O processo de intervenção foi elaborado com base num período de observação e de recolha de informação da educadora e do encarregado de educação, através de um questionário (ver no anexo X), e nos resultados obtidos na avaliação inicial que permitiram definir os objetivos a trabalhar com a criança.

As sessões de intervenção com o ID foram realizadas na EB1/ JI do Alto do Moinho, no gabinete de EE, com uma frequência semanal (sexta-feira) e com a duração de 45 minutos. Numa fase inicial, foram elaborados planos de sessão semanais, mais estruturados e com atividades planeadas em conformidade com os objetivos definidos. Na elaboração dos planos de sessão constavam sempre os objetivos de cada atividade, os critérios de êxito, o material a utilizar, as estratégias a adotar e a duração de cada tarefa.

Na concretização das atividades, as estratégias a utilizar dependiam do grau de dificuldade da tarefa para a criança e da sua motivação e interesse. Assim, por vezes, surgiu a necessidade de alternar as atividades com brincadeiras do interesse da criança de modo a facilitar a transição de uma atividade para a outra. Para além do referido, foram utilizadas como **estratégias** a ajuda física parcial e a demonstração, nomeadamente em atividades de coordenação óculo-manual e de maior precisão dos movimentos, ajuda verbal indireta, sob a forma de sugestão ou questionamento, em atividades que requeriam a identificação de letras, algarismos e figuras geométricas ou descrição de acontecimentos, e o *feedback* positivo e corretivo a fim de motivar a criança para a realização da atividade. De forma geral, para o plano de intervenção, foram consideradas outras **estratégias** com o intuito de facilitar todo o processo. Assim, é de destacar: (1) a articulação e a troca de informação com a educadora que, em grande parte, foi o intermediário na comunicação com a família; (2) o fornecimento de instruções claras e sucintas para a criança; (3) o período de execução de cada atividade era reduzido; (4) a utilização de materiais lúdicos e apelativos sempre que possível; e (5) a eliminação de fatores externos e distráteis à atividade, mantendo junto da criança os materiais imprescindíveis para a tarefa.

Relativamente ao **material** utilizado durante as sessões de intervenção, surgiu a necessidade de construir alguns materiais em papel plastificado, e.g., figuras

geométricas, o jogo de correspondência numérica, cartões com algarismos, o jogo de enfiamento de contas com peças de menores dimensões, entre outros. Para além da construção de materiais, foram utilizados jogos lúdicos que favorecessem a interação e a comunicação, a caixa das letras para identificar as letras e o nome, os *puzzles*, a plasticina e as fichas de trabalho. Com o avançar das sessões, começou a existir mais flexibilidade na planificação, sendo a sessão menos estruturada e tentando adaptar as atividades a realizar com os interesses da criança.

No que concerne à avaliação final, foram aplicados os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial (SGS II e o TABS) a fim de comparar os resultados obtidos em cada um dos momentos, de averiguar possíveis evoluções da criança nas diferentes áreas do desenvolvimento e verificar os objetivos concretizados durante este ano. Esta avaliação inicial decorreu em duas sessões, nos dias 8 e 15 de maio de 2015, sendo a primeira destinada para a aplicação da SGS II e a segunda para o preenchimento do TABS.

Seguidamente, no tópico *Avaliação Final*, serão apresentados e discriminados os resultados obtidos na aplicação dos dois instrumentos no momento de avaliação final.

5.1.5.Avaliação Final.

Em conformidade com a avaliação inicial, foram aplicados a SGS II (Bellman, Linnam & Aukett, 1996) e o TABS (Neisworth, Bagnato, Salvia, & Hunt, 1999) no momento de avaliação final. A avaliação decorreu em duas sessões, mais especificamente a 8 e a 15 de maio de 2015.

5.1.5.1. The Schedule Growing Skills II.

Relativamente à aplicação da SGS II, o ID demonstrou-se motivado, empenhado, desinibido, comunicativo e disponível em colaborar na avaliação, concretizando as atividades que lhe eram propostas. A aplicação deste instrumento foi realizada dia 8 de maio de 2015, em contexto individualizado, no gabinete de EE e teve a duração de 45 minutos.

À semelhança da avaliação inicial da SGS II, foram avaliadas as mesmas áreas de desenvolvimento, pelo que, seguidamente serão apresentados os resultados obtidos em cada uma delas.

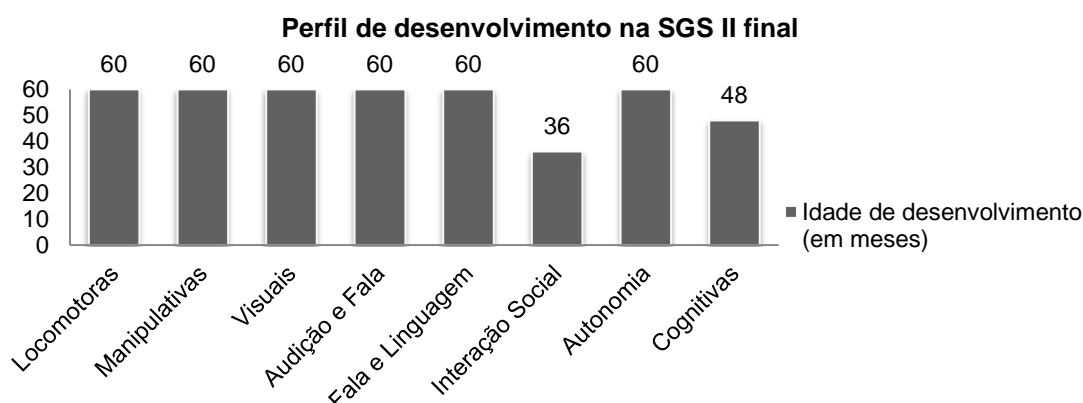


Figura 11 - Perfil de desenvolvimento na avaliação final SGS II.

No que concerne às capacidades locomotoras, o ID alcançou a pontuação de 20 nesta subescala uma vez que todos os itens foram cotados positivamente. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação dentro do esperado para a idade, correspondente a uma idade mental de 60 meses.

No que diz respeito às capacidades manipulativas, o ID apresenta uma pontuação de 28 equivalente a uma idade mental de 60 meses. Nesta subescala, a criança demorou 16 segundos a colocar os pinos na chávina e 27 segundos a colocar 8 pinos no tabuleiro. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação dentro do esperado para a sua idade, verificando-se uma evolução em comparação com a avaliação inicial.

Nas capacidades visuais, o ID obteve a pontuação de 20, correspondente a uma idade mental de 60 meses. Na atividade de encaixes de formas, a criança encaixava as peças por tentativa-erro e por observação das formas, verificando-se uma evolução na concretização desta atividade comparativamente com a avaliação inicial e uma melhoria ao nível das competências visuo-espaciais. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação dentro do esperado para a idade.

No que concerne às capacidades de audição e fala, o ID obteve a pontuação de 21, correspondente a uma idade mental de 60 meses, de acordo com as normas de cotação do instrumento. Porém, nesta subescala, a criança não foi capaz de concretizar os itens 108 (*Compreende perguntas mais complicadas*) e 109 (*Cumprir uma ordem com três instruções*). Contudo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação dentro do esperado para a idade, verificando-se uma evolução em comparação com a avaliação inicial.

Relativamente às capacidades da fala e linguagem, o ID obteve uma pontuação de 22, correspondente a uma idade mental de 60 meses. Porém, nesta subescala, a

criança não foi capaz de concretizar o item 127 (*Sabe várias canções infantis ou comerciais*). Em relação ao item 129 (*Discurso claro e fluente*), este foi cotado como negativo uma vez que a fluência e clareza no discurso encontram-se ainda numa fase emergente apesar de se verificar uma evolução em comparação com a avaliação inicial. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação dentro do esperado para a idade.

No que diz respeito às capacidades de interação social, o ID alcançou uma pontuação de 21, correspondente a uma idade mental de 36 meses, verificando-se uma evolução em comparação com a avaliação inicial. Nesta subescala, a criança não obteve citação positiva nos itens 144 (*Mostra-se preocupado com irmãos e amigos*), 145 (*Ajuda ativamente irmãos e amigos*), 146 (*Escolhe os melhores amigos*) e 152 (*Brinca com os brinquedos de modo habilidoso*). Os itens desta subescala relacionados com o comportamento social são, na sua grande maioria, cotados por observação das atividades no contexto de sala de aula. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação abaixo do esperado para a sua idade.

Nas capacidades de autonomia, o ID obteve uma pontuação de 22, correspondente a uma idade mental de 60 meses. Nesta subescala a criança não concretiza o item 179 (*Veste-se e despe-se sozinho, incluindo botões e fechos*), não sendo este item cotado. Os itens desta subescala relacionados com a autonomia são, na sua grande maioria, cotados por observação das atividades no contexto escolar ou de acordo com a informação fornecida pelo encarregado de educação. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação dentro do que é esperado para a idade, verificando-se uma evolução comparativamente com a avaliação inicial.

Por último, no que diz respeito às capacidades cognitivas, o ID obteve uma cotação de 29, correspondente a uma idade mental de 48 meses. Nesta subescala, a cotação alcançada resulta da pontuação obtida nos diversos itens das restantes subescalas que permitem avaliar também a cognição. Deste modo, é possível constatar que a criança apresenta uma pontuação abaixo do esperado para a idade, embora se tenha verificado uma ligeira evolução em relação à avaliação anterior.

De acordo com o apresentado no gráfico 5, é possível verificar que o ID revelou um melhor desempenho nas áreas que envolvem as competências posturais ativas e passivas, as competências locomotoras, manipulativas, visuais, de audição e fala e de fala e linguagem e de autonomia, pelo que não apresenta estas áreas comprometidas. No entanto, nas competências sociais e cognitivas, o ID apresenta uma idade de

desenvolvimento abaixo do esperado para a sua idade cronológica, sendo estas as áreas que mais comprometem o seu desenvolvimento.

5.1.5.2. *The Temperament and Atypical Behavior Scale.*

Relativamente à aplicação do TABS, este foi preenchido pela educadora tal como na avaliação inicial a fim de garantir a fiabilidade e uma maior eficácia dos resultados.

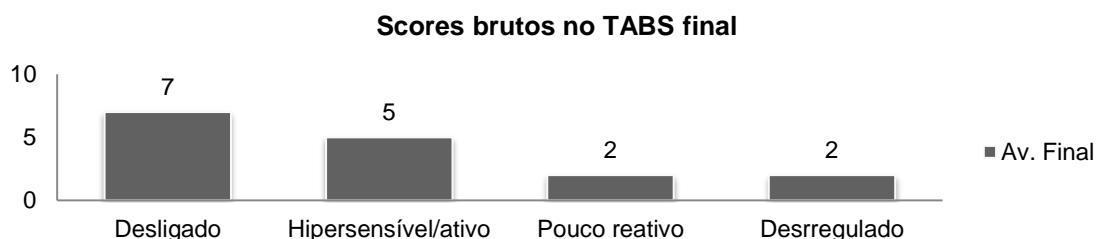


Figura 12- Scores brutos na avaliação final TABS.

No gráfico da figura 12, um *score* bruto entre 0 e 4 indica que a criança não apresenta problemas num dado perfil enquanto um *score* bruto superior a 5 indica que a criança apresenta problemas de autorregulação do comportamento e do temperamento. Além do referido, importa salientar que, neste referencial, quanto maior for o valor do *score* bruto, maior o risco de apresentar problemas de autorregulação e do comportamento e do temperamento. Assim, foi possível constatar que na subescala que avalia o perfil *desligado*, o *score* bruto obtido foi de 7, o que indica que foram assinalados sete itens como sendo problemáticos para a criança e que comprometem o seu desenvolvimento. No que concerne à subescala *hipersensível/ativo*, foram referenciados 5 itens, o que parece indicar um maior comprometimento neste âmbito. Os resultados obtidos na subescala *pouco reativo* referem 2 itens assinalados como problemáticos, contudo, a criança não apresente problemas a este nível. Relativamente à subescala *desregulado*, o *score* bruto de 2 indica que a criança parece apresentar dois problemas no que se refere a um temperamento desregulado, porém, este perfil não se encontra comprometido. Deste modo, verifica-se que a criança apresenta problemas de autorregulação do comportamento ao nível dos perfis *desligado* e *hipersensível/ativo*, sendo que os perfis *pouco reativo* e *desregulado* não se encontram em risco.

Perante o somatório dos resultados obtidos nos quatro perfis, é possível obter o *score* bruto total de 16 correspondente ao ITR. Este valor indica que a criança parece apresentar um desenvolvimento atípico neste âmbito, i.e., apresenta grandes dificuldades de autorregulação do comportamento e de gestão do temperamento.

Face ao exposto, a avaliação resultante da aplicação da SGS II permitiu verificar que a criança apresenta como áreas fortes as capacidades locomotoras, manipulativas, visuais, de audição e fala e de fala e linguagem e de autonomia e indica que as áreas de maior comprometimento são as capacidades sociais e cognitivas. No que se refere à aplicação do TABS, os resultados obtidos parecem revelar que o ID parece apresentar dificuldades na capacidade de regulação e gestão do comportamento e temperamento. À semelhança do sucedido na avaliação inicial, esta avaliação apenas serve de despiste pelo que se torna essencial que a criança seja encaminhada para uma consulta de desenvolvimento para que, posteriormente, as suas áreas do desenvolvimento sejam avaliadas detalhadamente.

5.1.6. Análise dos Resultados.

Na temática *análise dos resultados* será efetuada uma análise comparativa dos resultados obtidos na avaliação inicial e na avaliação final para o estudo de caso ID, com o intuito de realizar um balanço do processo de intervenção e averiguar a evolução nos diversos domínios do desenvolvimento, os objetivos concretizados e as possíveis áreas de comprometimento.

Após a apresentação dos resultados obtidos pelo ID na SGS II e no TABS, será realizada uma análise comparativa dos valores obtidos na avaliação inicial e final.

5.1.6.1. The Schedule Gowing Skills II.

Relativamente aos resultados obtidos na SGS II, torna-se pertinente apresentar um perfil geral representativo dos perfis de desenvolvimento obtidos nos dois momentos de avaliação que permita retirar informação sobre os domínios de desenvolvimento em que a criança alcançou um melhor desempenho e revelou alguma evolução.

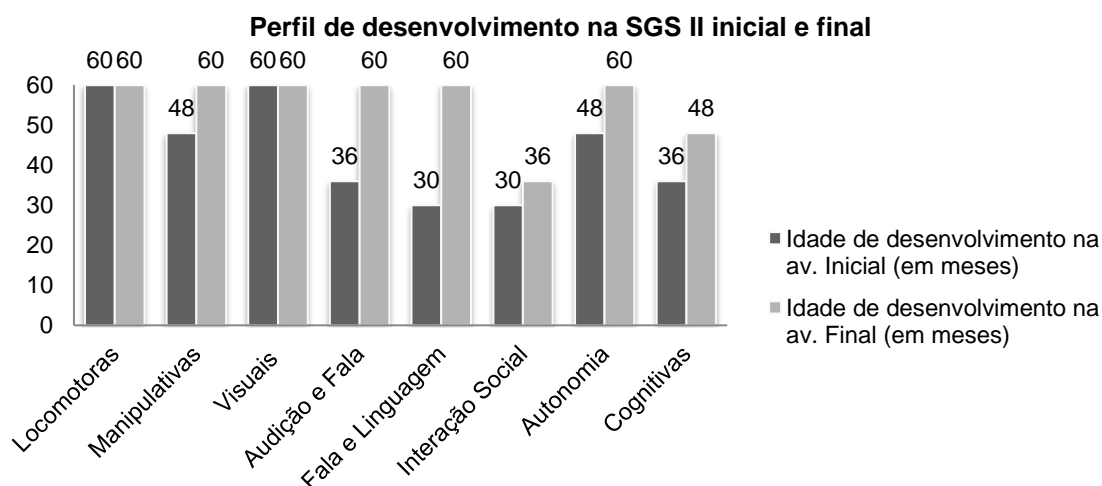


Figura 13 - Apresentação do perfil de desenvolvimento na avaliação inicial e final da SGS II.

De acordo com o representado no gráfico 7, é possível constatar que a criança revelou uma evolução em quase todos os domínios de desenvolvimento, à exceção das capacidades das locomotoras e das capacidades visuais em que o seu desempenho se manteve nos dois momentos de avaliação.

As capacidades posturais passivas e ativas avaliam as competências até aos 6 e 12 meses, respetivamente, pelo que se espera que estas competências estejam adquiridas uma vez que a criança apresenta uma idade cronológica de 5 anos.

Ao nível das capacidades locomotoras, verifica-se uma manutenção das cotações obtidas pela criança na avaliação inicial e final, porém, o seu desempenho foi melhor na avaliação final. A pontuação máxima neste domínio pode ser um indicador de maturação dos padrões locomotores avaliados neste instrumento.

Relativamente às capacidades manipulativas, verifica-se uma evolução na prestação do ID na avaliação final em comparação com a inicial, havendo um aumento de quatro pontos na cotação. Este aumento advém da melhoria nas competências de coordenação óculo-manual e de precisão dos movimentos finos, visto esta ter sido uma das áreas de maior incidência do processo de intervenção.

Em relação às capacidades visuais, a criança manteve a cotação máxima nos dois momentos de avaliação, não havendo evolução a este nível e encontrando-se dentro do esperado para a sua idade.

Nas capacidades de audição e fala, verifica-se uma melhoria de quatro pontos na avaliação final em comparação com a inicial. Este aumento comprova que existiu uma evolução ao nível da linguagem recetiva e na capacidade de compreensão do que lhe é transmitido.

No que concerne às capacidades de fala e linguagem, é possível constatar uma evolução de oito pontos na avaliação inicial comparativamente com a final. Esta foi a subescala em que se verificou uma maior progressão da criança, parecendo que o ID releva uma melhoria ao nível da linguagem expressiva e na capacidade de descrever acontecimentos e de expor situações do quotidiano.

Relativamente às competências de interação social, verifica-se uma melhoria de três pontos na avaliação inicial em comparação com a final, porém, esta melhoria ainda não coloca a criança ao nível dos pares da criança idade, continuando a ser uma das áreas cujo desempenho da criança está abaixo do esperado.

No que diz respeito às capacidades de autonomia, a criança parece releva uma evolução de dois pontos em comparação com a avaliação inicial. Esta progressão pode estar associada à integração no presente ano letivo no pré-escolar que contribuiu para a aquisição de algumas regras e rotinas básicas, tornando a criança mais

autónoma na concretização de algumas tarefas, e.g., ir sozinho à casa de banho, comer sozinho, vestir-se e despir-se sozinho.

Ao nível das capacidades cognitivas, verifica-se uma melhoria de quatro pontos na avaliação final em relação à inicial. Esta melhoria advém da progressão geral nos outros domínios da escala cujos itens também avaliam a cognição. Porém, esta continua a ser uma das áreas de maior comprometimento da criança.

Por último, efetuando uma comparação geral entre o desempenho da criança na avaliação inicial e final, é possível concluir que as áreas de maior comprometimento da criança, de acordo com os resultados obtidos, envolvem as capacidades de interação social e capacidades cognitivas uma vez que, embora se verifique uma evolução na avaliação final, o ID ainda não se encontra dentro do esperado comparativamente com os pares da mesma idade. Ainda assim, importa realçar que a melhoria verificada em quase todas as áreas de desenvolvimento também pode estar associada, para além do apoio especializado recebido, com a integração da criança no pré-escolar uma vez que passou a receber maior estimulação dos vários domínios do desenvolvimento e a realizar outro tipo de atividades que, em casa com a família, não acontecia. Para além do referido, a superproteção dos pais para com a criança antes da sua integração no pré-escolar podiam estar a condicionar a sua progressão uma vez que existiam certas atividades no âmbito da motricidade fina, linguagem, interação social e da autonomia que a criança não executava.

5.1.6.2. *The Temperament and Atypical Behavior Scale.*

Quanto aos resultados obtidos no TABS nos dois momentos de avaliação importa salientar que verifica-se que quanto menor o valor obtido em cada perfil, melhor será o desempenho da criança.

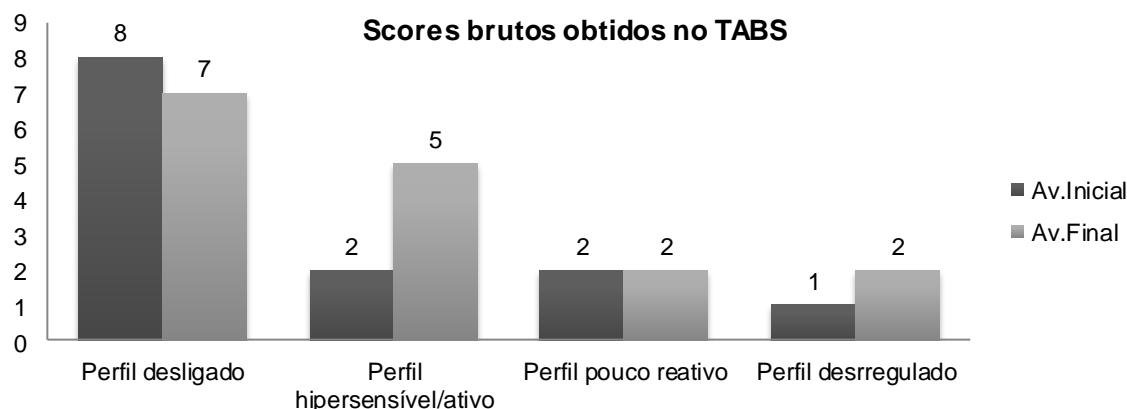


Figura 14 - Apresentação dos resultados obtidos na avaliação inicial e final do TABS.

Relativamente ao perfil *desligado*, verifica-se uma ligeira evolução da criança na medida em que houve uma descida de um ponto dos itens assinalados como problemáticos. Porém, embora tenha sido a única área em que existiu uma melhoria, esta progressão não impede que a criança revele dificuldades a este nível e que, consequentemente, interfiram na sua capacidade de regulação do comportamento. No que concerne ao perfil *hipersensível/ativo*, é possível constatar que com 3 itens assinalados na avaliação inicial, a criança não apresentava problemas de autorregulação do comportamento a este nível enquanto na avaliação final, com 5 itens este perfil encontra-se comprometido. Deste modo, o desempenho da criança foi pior na avaliação final. Em relação ao perfil *pouco reativo*, verifica-se que foram assinalados dois itens como sendo problemáticos para a criança nos dois momentos de avaliação, pelo que a prestação da criança a este nível manteve-se inalterada. Contudo, em ambos os momentos, a criança não apresenta este perfil comprometido. No perfil *desregulado*, verifica-se mais um item assinalado pela educadora na avaliação final, em relação à avaliação inicial. Contudo, em ambos os momentos, a criança parece não apresentar problemas de autorregulação do comportamento a este nível.

Por último, é possível constatar que, de uma forma geral, a criança revela um ITR superior na avaliação final. Mais especificamente, o gráfico 8 revela na avaliação final apresenta comprometido apenas o perfil *desligado* enquanto na avaliação final apresenta problemas ao nível dos perfis *desligado* e *hipersensível/ativo*. Além do referido, o número de itens assinalados na avaliação final em comparação com a avaliação inicial diminuiu no perfil *desligado* e aumentou ao nível dos perfis *hipersensível/ativo* e *desregulado*.

Face ao exposto, importa salientar que nos dois momentos de avaliação a criança revelou dificuldades na regulação do comportamento e gestão do temperamento em virtude dos *scores* brutos totais serem superiores a 5, i.e. 13 na avaliação inicial e 16 na final.

Posteriormente à análise dos resultados obtidos na avaliação inicial e final, é pertinente fazer referência aos domínios de desenvolvimento em que a intervenção teve uma maior incidência.

Para a construção do gráfico 9, foi contabilizado o somatório das atividades realizadas nas 21 sessões das 25 possíveis, correspondendo a cada atividade um objetivo, i.e., embora seja possível trabalhar mais do que um objetivo em cada atividade, é selecionado o objetivo principal de cada atividade com o intuito de averiguar o domínio de desenvolvimento de maior incidência de trabalho.

Assim, em 21 sessões foram realizadas 84 atividades: 2 de promoção da motricidade global e 2 do equilíbrio, 30 para melhorar as capacidades motricidade fina, 16 de promoção da linguagem, 2 para melhorar as competências socioemocional, 24 de estimulação cognitiva e 8 para potenciar a estruturação espaço-temporal. Contudo, torna-se pertinente acrescentar que embora não apareça representado graficamente, as competências cognitivas encontram-se implícitas em muitas das atividades realizadas. Para o cálculo, em percentagem, foi aplicada a fórmula

$$\frac{\sum \text{atividades do domínio } X \times 100\%}{\sum \text{total de atividades}}$$
, sendo X correspondente aos domínios de desenvolvimento trabalhados no processo de intervenção.

Domínios de Desenvolvimento

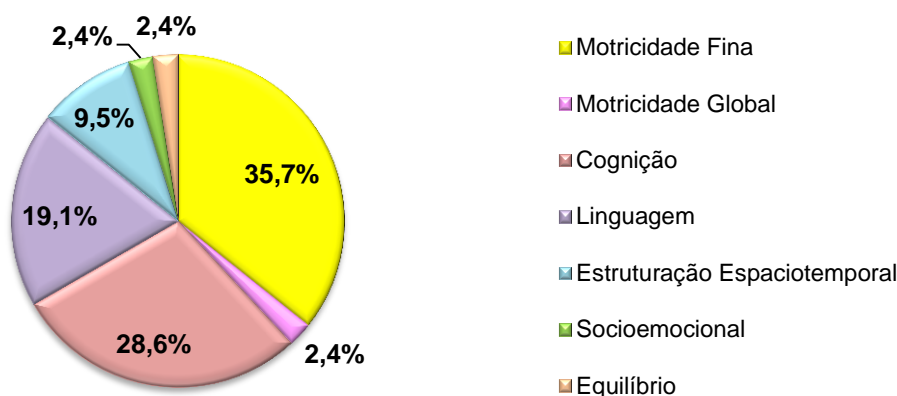


Figura 15 - Distribuição dos domínios de desenvolvimento no período de intervenção do estudo de caso ID.

De acordo com o gráfico da figura 15, verifica-se que as áreas de maior incidência no processo de intervenção foram a motricidade fina, devido à necessidade de maior controlo e precisão dos movimentos finos, a cognição e a linguagem devido à necessidade de maior estimulação a estes níveis.

No que concerne ao desempenho da criança ao longo do ano letivo, serão apresentados na tabela seguinte os objetivos concretizados pela criança:

Tabela 8.

Objetivos concretizados pelo ID durante o período de intervenção.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais	Objetivos Concretizados
Desenvolver a Motricidade	Melhorar a Coordenação	Dar três saltos ao pé-coxinho com ambos os pés	X

Global	Motora		
Desenvolver o Equilíbrio	Melhorar o Equilíbrio Estático	Manter o equilíbrio em cada pé durante 8"	X
Desenvolver a Motricidade Fina	Melhorar as capacidades de coordenação visuo-motora	Recortar figuras com precisão	
		Enfiar contas num fio de acordo com o modelo	X
		Jogo de encaixe de peças no tabuleiro	X
		Empilhar cubos como no modelo + escada	X
	Potenciar as capacidades de grafomotricidade	Desenhar um quadrado, um círculo e um triângulo reconhecíveis	X
		Escrever o primeiro nome em letra de Imprensa	X
		Pintar dentro dos contornos	
		Desenhar a figura humana	X
Desenvolver a Linguagem	Estimular a linguagem Expressiva	Descrever acontecimentos	
		Cumprir ordens com duas instruções	X
		Melhorar a coerência do discurso	Ligeira evolução
	Estimular a Linguagem Compreensiva	Compreender as perguntas pela negação	X
		Compreender as perguntas de maior complexidade	
Desenvolver a Estruturação Espacio-temporal	Melhorar a Organização Temporal	Organizar sequências de imagens	
	Promover os processos de Atenção	Aumentar o tempo de permanência na tarefa	X
		Melhorar a atenção sustida	
		Contar até dez	X
		Reconhecer os algarismos de	X

Desenvolver a Cognição	Estimular as competências académicas	zero a nove	
		Reconhecer o nome em letra de imprensa	X
		Escrever o nome em letra de imprensa	X
		Nomear as figuras geométricas	
		Correspondência quantidade-algarismo	X
Desenvolver as Competências Socio-emocionais	Aumentar o controlo do comportamento	Respeitar regras em jogos coletivos	
		Estimular a capacidade de esperar pela sua vez	X
		Estimular o sentimento de preocupação com os outros	
		Estimular o sentimento de partilha de brinquedos	X
		Aumentar a resistência à frustração	
	Melhorar a capacidade de autonomia	Aprender a vestir-se e despir-se sozinho	X
		Realizar as refeições sem ajuda	X

De acordo com a informação apresentada na tabela 8 é possível verificar que a criança apresenta um maior número de objetivos concretizados nos domínios da motricidade fina e da cognição uma vez que estas também correspondem a duas áreas em que existiu um maior investimento no processo de intervenção pedagógico-terapêutico.

5.2. Estudo de Caso CC.

5.2.1. Caracterização da CC.

Tabela 9.

Identificação da CC.

Nome	Género	Idade (meses)	Data de Nascimento	Escolaridade	Nacionalidade	Referenciação
------	--------	---------------	--------------------	--------------	---------------	---------------

CC	♀	23	16/06/2013	Não frequenta o JI	Portuguesa	ADPM
----	---	----	------------	-----------------------	------------	------

A CC é filha única e vive com a mãe e com o pai. A mãe tem 32 anos, é licenciada e trabalha numa operadora de *call center* enquanto o pai tem 34 anos, completou o 12º ano e a trabalha como lojista. Quer o pai, quer a avó paterna apresentaram um atraso na aquisição do padrão da marcha, adquirindo esta competência aos 19 meses e aos três anos, respetivamente. A criança nasceu prematura de 36 semanas e esteve internada nos primeiros cinco dias de vida por taquipneia transitória, sendo seguida logo à nascença por apresentar uma má progressão ponderal.

Por se verificar um atraso na aquisição das competências do desenvolvimento, foi encaminhada para uma consulta de desenvolvimento no HBA, para posteriormente ser avaliada com a EDMG e ser referenciada para os serviços da IP.

Aos 12 meses, a CC apresentava uma grande rigidez muscular, falta de flexibilidade, equilíbrio e força na musculatura, o que dificultava os movimentos e a aquisição do padrão da marcha e do gatinhar, não batia palmas e não acenava adeus com a mão. Porém, começou a permanecer sentada sem apoio, a manipular e explorar os objetos, a balbuciar duas sílabas embora não diga nenhuma palavra com significado. Como consequência, a criança foi avaliada pela primeira vez aos 12 meses tendo sido diagnosticado um atraso no desenvolvimento psicomotor.

Atualmente, a criança encontra-se aos cuidados da avó materna enquanto os pais trabalham, não tendo ainda entrado para o JI uma vez que a família receava que a criança não fosse devidamente acompanhada por não estar na mesma etapa de desenvolvimento que os pares da mesma idade. Contudo, a família prepara-se para integrar a CC no JI no próximo ano letivo.

Relativamente aos apoios recebidos, é de realçar que até aos 18 meses a criança foi acompanhada por uma ajudante familiar da ELI de Odivelas.

Numa fase inicial do processo de intervenção, surgiu uma certa dificuldade em interagir com a CC, na medida em que foi difícil a aproximação à criança, o desapego desta da mãe e da avó e a colaboração nas atividades. No entanto, com o avançar das sessões, a postura da CC também foi alterando, mostrando-se mais disponível para interagir e participando nas tarefas que lhe eram propostas. Em Março, a Carolina começou também a ser acompanhada em fisioterapia.

5.2.2. Condições de Avaliação.

A CC foi avaliada pela primeira vez aos 12 meses por suspeita de atraso na aquisição de competências, resultando desta avaliação o diagnóstico de ADPM e a referência precoce para a ELI da sua área de residência.

A criança foi avaliada seis meses depois da primeira avaliação, com 18 meses, sendo este considerado o momento de avaliação inicial desta análise. Esta avaliação decorreu em duas sessões, a 22 e 29 de dezembro de 2014, tendo sido utilizado como instrumento a EDMG dos zero aos dois - extensão revista de 1996, à semelhança da avaliação anterior.

A avaliação final foi realizada aos 23 meses e ocorreu em duas sessões, a 25 de maio e 1 de junho de 2015, tendo sido administrado o mesmo instrumento que na avaliação inicial. A aplicação da EDMG no momento de avaliação inicial ocorreu na presença da mãe e da avó materna no consultório 94 do CND. O momento de avaliação final contou com a presença apenas da avó e decorreu no mesmo local que a avaliação anterior.

5.2.3. Avaliação Inicial.

O processo de avaliação da CC surge por suspeita de apresentar um atraso no desenvolvimento psicomotor em comparação com os pares da mesma idade em virtude das dificuldades demonstradas na aquisição das competências do desenvolvimento.

A avaliação inicial decorreu em duas sessões, a 22 e 29 de dezembro de 2014, na presença da mãe e da avó e consistiu na aplicação da EDMG (Griffiths, 1954). Na primeira sessão, a CC estava adoentada pelo que foi muito difícil conseguir a sua colaboração nas tarefas. Na segunda sessão, a interação foi melhor mas a colaboração nas tarefas não era sistemática.

Relativamente à aplicação da escala, esta teve a duração de 180 minutos, distribuídos por duas sessões como referido, onde foram avaliadas cinco áreas do desenvolvimento: locomoção, pessoal-social, linguagem, coordenação olho-mão e realização.

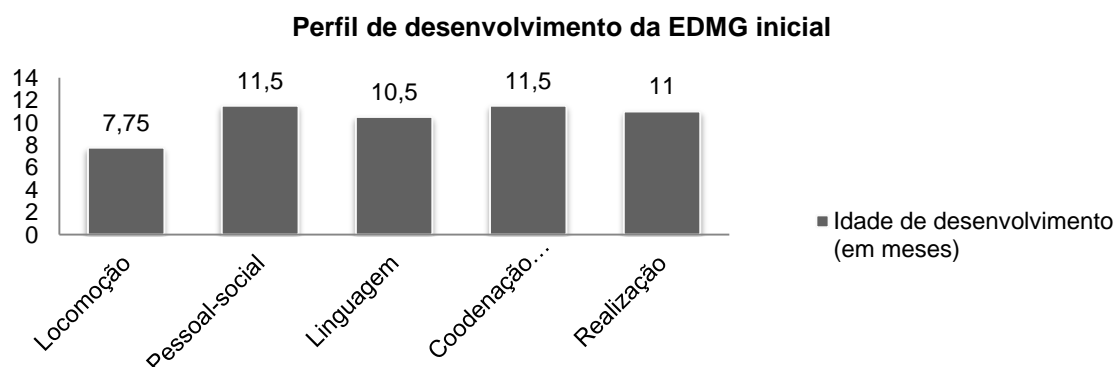


Figura 16 - Perfil de desenvolvimento na avaliação inicial da EDMG.

No que concerne à subescala locomoção, a criança pareceu revelar grandes dificuldades na aquisição do padrão de gatinhar e do padrão da marcha bem como ao nível do equilíbrio e força muscular. Como tal, revelou dificuldades na concretização dos itens *reação de gatinhar: levantar os joelhos, tentar gatinhar energeticamente, rastejar com as mãos e com os joelhos, reação de andar: pôr um pé à frente do outro, levantar-se, manter-se de pé e andar de lado agarrada à mobília, empurrar um carrinho de bebé, ultrapassar um obstáculo sem ajuda, andar com ajuda de uma das mãos, sozinha e de forma rápida mas pouco equilibrada, subir escadas ou degraus de gatas, subir e descer escadas de gatas, sem apoio, subir escadas de pé com apoio, ficar de pé sozinha, sem apoio, sentar-se numa cadeira baixa sem ajuda, sentar-se sozinha à mesa, numa cadeira baixa, ajoelhar-se no chão sem apoio e baixar-se sem apoio para apanhar um objeto, andar para trás, andar para trás, puxando um brinquedo pelo fio e subir para uma cadeira e ficar lá de pé*. Deste modo, a criança apresenta um resultado bruto de 24 equivalente a um percentil inferior a um e a uma idade mental de sete meses e três semanas, o que indica que a criança se encontra abaixo do limite considerado normal.

Em relação à subescala pessoal-social, a CC revelou que as competências *acenar “adeus”, bater palmas por imitação, obedecer a ordens simples, tentar rodar a maçaneta ou puxador da porta, levar comida à boca com uma colher: entornando um pouco, identificar uma parte do corpo na boneca e dar sinal quando a fralda está suja* ainda não estão adquiridas. Os itens *brincar com a chávena, a colher e o pires: dois em conjunto e colaborar a vestir-se* encontram-se em fase emergente de aquisição. Assim, a criança apresenta um resultado bruto de 37 correspondente a um percentil inferior a um e a uma idade mental de onze meses e duas semanas, o que indica que a criança se encontra abaixo do limite considerado normal.

Na subescala da linguagem, verificou-se dificuldades na concretização dos itens *balbuciar frases de duas a quatro sílabas, dizer pequenas frases balbuciadas, dizer uma a 12 ou mais palavras com significado, abanar a cabeça para dizer “Não”, tentar nitidamente cantar, identificar três a quatro em oito objetos apresentados e nomear um a dois objetos apresentados*. Neste sentido, a criança apresenta um score bruto de 28 equivalente a um percentil de um e a uma idade mental de dez meses e duas semanas, encontrando-se abaixo do limite considerado normal.

No que concerne à subescala coordenação olho-mão, foi possível constatar que a CC não concretizou os itens *apontar com o indicador, empurrar carrinhos enquanto brinca, segurar quatro cubos ao mesmo tempo, fazer rolar a bola enquanto brinca, a*

brincar, pôr um objeto em cima do outro, brincadeira construtiva que associe objetos, construir uma torre de três a quatro cubos, rabiscar vigorosamente e transferir um cubo de um recipiente para outro. Deste modo, a criança apresenta um resultado bruto de 35 correspondente a um percentil de um e a uma idade mental de doze meses e duas semanas, encontrando-se encontra abaixo do limite considerado normal.

Relativamente à subescala realização, a criança parece apresentar dificuldades nos itens *agitar a caixa por imitação, encontrar o brinquedo debaixo da chávina, com um cubo em cada mão, agarrar um terceiro cubo, bater com um cubo no outro, por imitação, desembulhar e encontrar um brinquedo, repor dois cubos na caixa quando encorajada, pôr dois cubos numa caixa e tapá-la, encaixar uma a duas peças: ○ ○, encaixar uma a três peças: □ ○ △ e encaixar duas peças ○ / □ com rotação.* Os itens *tirar os dois cubos na caixa por imitação, repor a tampa na caixa e encaixar duas peças ○ / □* encontram-se em fase emergente. Perante isto, a criança apresenta um resultado bruto de 30 equivalente a um percentil inferior a um e a uma idade mental de onze meses, o que indica que a criança se encontra abaixo do limite considerado normal.

Face ao exposto, a CC parece revelar um perfil de desenvolvimento homogéneo uma vez que todos os scores brutos encontram-se abaixo do esperado para a sua idade. Neste sentido, subescala coordenação olho-mão representa a área na qual a criança revelou um melhor desempenho com um score bruto de 35 e um percentil de um correspondentes a uma idade mental de 12 meses e 2 semanas enquanto a subescala locomoção corresponde à área de pior desempenho com um percentil inferior a um e um score bruto de 24 correspondentes a uma idade mental de 7 meses e 3 semanas. Deste modo, a criança revela uma idade mental global de 10 meses e 2 semanas, sendo que os percentis obtidos nas cinco subescalas variam entre menor que um e um. Assim, verifica-se um atraso global no desenvolvimento psicomotor de sete meses na medida em que a CC apresenta uma idade cronológica de 18 meses e uma idade corrigida de 17 meses.

5.2.4. Plano de Intervenção.

O plano de intervenção desenvolvido para a CC decorreu durante cinco meses, tendo sido iniciado a 19 de janeiro de 2015 e concluído a 25 de maio do mesmo ano. Este plano integra três momentos: a avaliação inicial, o processo de intervenção e a avaliação final.

O processo de avaliação inicial consistiu na aplicação da EDMG (Griffiths, 1954) em duas sessões, a 22 e 29 de dezembro de 2014, com o intuito de averiguar as

áreas do desenvolvimento mais comprometidas. De acordo com os resultados apresentados na avaliação inicial e com base no processo clínico da criança, foi possível definir os objetivos a desenvolver com a criança durante o processo de intervenção.

Deste modo, serão seguidamente apresentados os objetivos gerais, específicos e comportamentais definidos para a CC:

Tabela 10.

Objetivos estabelecidos para o estudo de caso CC.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais
Desenvolver a Motricidade Global	Melhorar a Coordenação Motora	Reação de gatinhar: Levantar os joelhos
		Rastejar com as mãos e com os joelhos
		Fazer progressos para frente e trás
		Levantar-se agarrada à mobília
		Manter-se de pé agarrada à mobília
		Andar de lado agarrada à mobília
		Reação de andar 2: Põe um pé à frente do outro
		Empurrar um carrinho de bebé
		Ultrapassar um obstáculo sem ajuda
		Andar com ajuda de uma das mãos
		Ficar de pé sozinha
Desenvolver a Competências Sociais/pessoais	Melhorar a capacidade de autonomia	Brinca com a chávena, a colher e o pires: dois em conjunto
		Acenar “adeus”
		Obedecer a ordens simples
		Identificar as partes do corpo da boneca
Desenvolver a Linguagem	Estimular a Linguagem Expressiva	Balbuciar frases de 2 a 4 sílabas
		Dizer pequenas frases balbuciadas
		Nomear 1 a 2 objetos apresentados
		Dizer 1 a 12 ou + palavras com significado
	Melhorar a Linguagem compreensiva	Identifica 3 a 8 objetos apresentados
		Abanar a cabeça para dizer “Não”
Desenvolver a Motricidade Fina	Melhorar a coordenação olho-mão	Empurra carrinhos enquanto brinca
		Encaixe de peças
		A brincar, põe um objeto em cima do outro
		Realiza uma brincadeira construtiva que

		associe objetos
		Faz rolar a bola enquanto brinca
		Constrói uma torre de três a quatro cubos
		Põe e tira os dois cubos na caixa por imitação
		Repõe a tampa e dois cubos na caixa na caixa
		Bate com um cubo no outro, por imitação
	Melhorar as capacidades grafomotoras	Realizar pequenos rabiscos com o lápis
		Rabiscar vigorosamente
Desenvolver a Estruturação espaciotemporal	Melhorar as competências visuo-espaciais	Encaixe de peças

As sessões de intervenção tinham uma frequência semanal, à segunda-feira, com a duração de 45' e foram realizadas no consultório médico do HBA. Primeiramente, as sessões eram realizadas às 16 horas mas em virtude de a criança revelar alguma persistência na concretização das atividades, sonolência e cansaço, surgiu a necessidade de alterar o horário da sessão para as 12 horas. Para cada sessão, era elaborado um plano de atividades estruturadas, a concretizar na sessão, e algumas sugestões de atividades para casa. Cada plano continha a descrição da atividade bem como os objetivos gerais, critérios de êxito, o material e estratégias a utilizar e a duração correspondentes a cada atividade. Contudo, por vezes houve a necessidade de realizar atividades não planeadas nos momentos de difícil colaboração.

As estratégias a utilizar em cada atividade dependiam da motivação e nível de colaboração da criança nas atividades. Uma das **estratégias** predominantemente utilizada com a criança era a persistência na concretização de uma dada atividade pelo que, por vezes, havia a necessidade de transitar para outra tarefa para depois retomar a pretendida. Outra das **estratégias** fundamentais era a colaboração da família, nomeadamente da avó, no processo de intervenção, quer na sessão, quer em casa, que tinha uma grande influência na criança. Para além do referido, eram ainda utilizadas estratégias de ajuda física parcial, manipulação do movimento e de demonstração em tarefas onde era pretendido a sua imitação, feedback positivo de modo a que a criança compreendesse o procedimento correto da atividade, a ajuda verbal indireta sob a forma de questionamento em atividades de identificação de objetos.

Na globalidade, foram consideradas outras **estratégias** para o plano de intervenção no sentido simplificar o processo, entre as quais, (1) a articulação e a troca de informação com a família; (2) o fornecimento de instruções claras e sucintas para a criança; (3) o período de execução de cada atividade era reduzido; (4) a utilização de materiais lúdicos e apelativos sempre que possível; (5) a eliminação de fatores externos e distráteis à atividade, mantendo junto da criança os materiais imprescindíveis para a tarefa e, (6) o esclarecimento da família face à importância da estimulação da criança no contexto familiar.

No que concerne ao **material** utilizado no decorrer das sessões, surgiu a necessidade de proceder à construção de materiais lúdicos em cartão e forrados em papel e cola branca, adequados e adaptados às necessidades da criança, e.g., atividades de encaixes numa caixa de ovos, caixa de areia. Contudo, foram utilizados outros materiais e objetos simples para estimular o desenvolvimento das competências, e.g., tinta para grafismos, boneco, bola, materiais de jogo simbólico, encaixes de tabuleiro, entre outros.

Relativamente à avaliação final, o instrumento aplicado foi o mesmo que na avaliação inicial (EDMG) com o intuito de comparar os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação e de averiguar os objetivos concretizados, as áreas fortes e as de pior desempenho. À semelhança da avaliação inicial, a avaliação final decorreu em duas sessões, a 25 de maio e 1 de junho de 2015, sendo os resultados desta avaliação apresentados e descritos seguidamente no tópico *Avaliação Final*.

5.2.5. Avaliação final.

À semelhança da avaliação inicial, foi aplicado a EDMG (Griffiths, 1954) no processo de avaliação final, tendo decorrido esta aplicação em duas sessões, a 25 de maio e 1 de junho de 2015.

Em relação à aplicação da escala, esta decorreu no consultório médico em duas sessões, a 25 de maio e 1 de junho de 2015, com a duração de 90' cada e na presença da avó materna. Durante a aplicação torna-se pertinente realçar que, por vezes, surgiu a necessidade de persistir na aplicação de algumas atividades pois nem sempre a criança estava disponível para colaborar.

Tal como na avaliação inicial, foram avaliadas as mesmas áreas do desenvolvimento pelo que torna-se pertinente proceder à descrição dos resultados obtidos nesta avaliação.

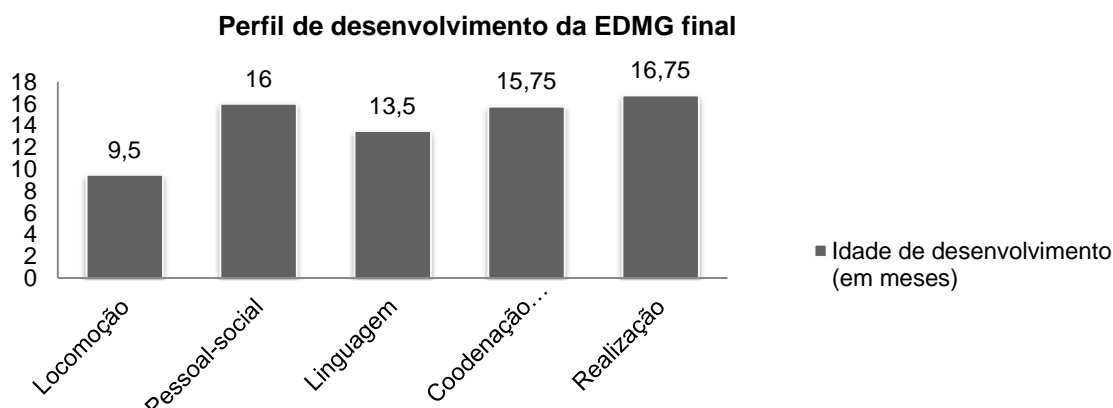


Figura 17 - Perfil de desenvolvimento na avaliação final da EDMG.

No que diz respeito à subescala locomoção, a criança não foi capaz de concretizar os itens *levantar-se agarrada à mobília, andar de lado agarrada à mobília, andar com ajuda de uma das mãos, empurrar um carrinho de bebé, andar sozinha, andar de forma rápida e pouco equilibrada, correr, andar para trás e puxando um brinquedo pelo fio, subir e descer escadas de gatas, sem apoio, ficar de pé sozinha, sem apoio, ajoelhar-se no chão sem apoio, baixar-se sem apoio para apanhar um objeto, subir para uma cadeira e ficar lá de pé, sentar-se numa cadeira baixa sem ajuda, sentar-se sozinha à mesa, numa cadeira baixa, subir e descer escadas de pé, com apoio, saltar de um degrau, sem ajuda e pousar com os pés juntos, sem apoio, subir escadas com um pé em cada degrau, como um adulto, com a mão no corrimão, dar um pontapé na bola de ténis, movimentar-se nas escadas sozinha e saltar: tirar ambos os pés do chão ao mesmo tempo, sem ajuda*. Deste modo, a criança apresenta um resultado bruto de 29 equivalente a um percentil inferior a um e a uma idade mental de 9 meses e 2 semanas, o que permite concluir que a CC está abaixo do limite considerado normal.

Relativamente à subescala pessoal-social, a CC não concretizou os itens *pegar e beber, sem ajuda, por uma caneca de bebé com tampa, manipular bem a chávena (meio cheia), usar bem a colher, sem se sujar e a colher e o garfo em simultâneo, sem ajuda, à mesa, pedir pelo menos duas coisas pelo nome, acenar adeus, começar a cooperar na brincadeira com outras crianças, bater palmas por imitação, conseguir abrir uma porta, identificar uma a quatro partes do corpo na boneca, dar sinal quando a fralda está suja e arrumar os brinquedos ou objetos quando encorajada*. Assim, a criança apresenta um resultado bruto de 46 correspondente a um percentil inferior a um e a uma idade mental de 16 meses, o que indica que a criança se encontra abaixo do limite considerado normal.

Ao nível da subescala da linguagem, verificou-se dificuldades nos itens *dizer uma a 20 ou mais palavras com significado, tentar nitidamente cantar, nomear um a cinco objetos apresentados, dizer longas frases balbuciadas com significado, junta palavras, dizer frases de quatro ou mais sílabas, identificar sete a oito em oito objetos apresentados e ouvir histórias*. Neste sentido, a criança apresenta um resultado bruto de 34 equivalente a um percentil inferior a um e a uma idade mental de 13 meses e 2 semanas, encontrando-se abaixo do limite considerado normal.

Em relação à subescala coordenação olho-mão, a criança não foi capaz de concretizar os itens *segurar quatro cubos ao mesmo tempo, construir uma torre de três a seis cubos, transferir um cubo de um recipiente para outro, deitar água de um recipiente para outro, construir e empurrar um comboio de três cubos, rabiscar vigorosamente, imitar um rabisco circular, um traço vertical e horizontal e atirar a bola para um cesto*. Deste modo, a criança apresenta um resultado bruto de 40 correspondente a um percentil inferior a um e a uma idade mental de 15 meses e 3 semanas, o que indica que a criança se encontra abaixo do limite considerado normal.

No que concerne à subescala realização, a criança parece apresentar dificuldades nos itens *encaixar uma a duas peças: ○ ○ com rotação, encaixar uma a três peças: □ ○ △ direta e com rotação, encaixar duas peças ○ / □ direta e com rotação, desenroscar e enroscar um brinquedo e arrumar nove cubos na caixa e pôr a tampa em 60"*. Deste modo, a criança apresenta um resultado bruto de 43 equivalente a um percentil de um e a uma idade mental de 16 meses e 3 semanas.

Face ao exposto, a CC parece revelar um perfil de desenvolvimento homogéneo uma vez que todos os *scores* brutos encontram-se abaixo do esperado para a sua idade. Neste sentido, a criança apresenta um melhor desempenho na subescala de realização, com um *score* bruto de 43 e um percentil de um correspondentes a uma idade mental de 16 meses e três semanas enquanto a subescala locomoção corresponde à área de pior desempenho com um percentil inferior a um e um *score* bruto de 29 correspondentes a uma idade mental de 9 meses e 2 semanas. Deste modo, a criança revela uma idade mental global de 14 meses, com os percentis obtidos nas cinco subescalas a variar entre menor que um e um, o que indica um atraso global no desenvolvimento psicomotor de 8 meses uma vez que a CC apresenta uma idade cronológica de 23 meses e 2 semanas e uma idade corrigida de 22 meses e 2 semanas.

5.2.6. Análise dos resultados.

Seguidamente serão analisados os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação, a fim de averiguar os domínios em que a criança apresentou uma maior evolução, as áreas de pior desempenho e os objetivos concretizados.

De acordo com os resultados obtidos na aplicação da EDMG, torna-se pertinente apresentar um gráfico geral representativo dos resultados obtidos na avaliação inicial e final com o intuito de obter informação sobre o desempenho da criança e a idade mental em que se encontra em cada domínio de desenvolvimento.

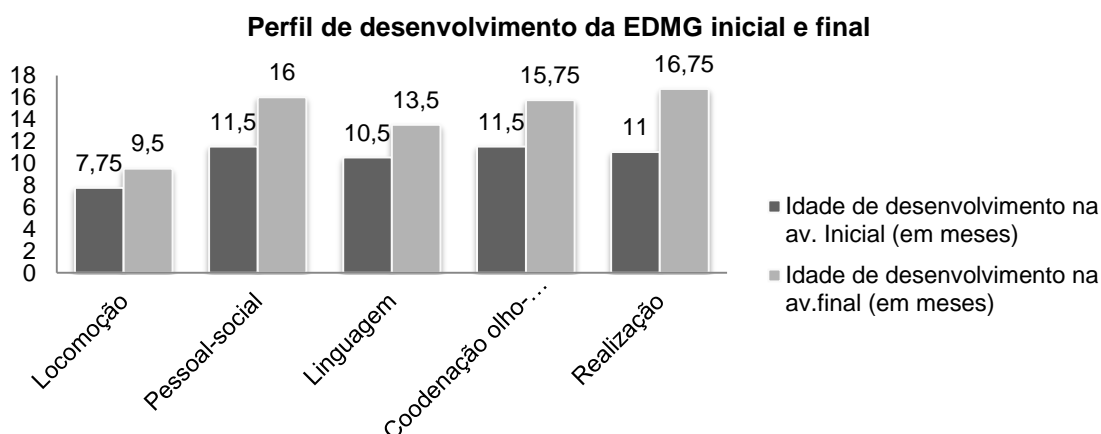


Figura 18 - Apresentação do perfil de desenvolvimento na avaliação inicial e final da EDMG.

Relativamente às cotações representadas no gráfico da figura 18, é possível constatar que a CC evoluiu em todos os domínios do desenvolvimento, sendo a *realização* a área de maior evolução da criança e a *locomoção*, a área em que apresentou uma menor evolução.

Ao nível da subescala locomoção, a criança obteve um *score* bruto de 24 na avaliação inicial e de 29 na avaliação final, verificando-se uma ligeira evolução no segundo momento de avaliação de apenas cinco pontos. Contudo, pode-se concluir que a criança parece manter as dificuldades a este nível, sendo a sua progressão lenta e abaixo do esperado para a idade.

Em relação à subescala pessoal-social, a CC apresenta uma cotação de 37 e 46 nos momentos de avaliação inicial e final, respetivamente, verificando-se uma progressão de nove pontos. Em ambas as avaliações a criança revelou, a este nível, um desempenho abaixo do limite considerado normal.

No que concerne à subescala linguagem, verifica-se uma ligeira evolução de seis pontos uma vez que as cotações obtidas no momento de avaliação inicial e final são, respetivamente, de 28 e 34. Esta progressão não foi equivalente à idade cronológica da criança, sendo a sua evolução essencialmente ao nível a linguagem

recetiva. Assim, a criança apresentou um desempenho abaixo do limite considerado normal nos dois momentos de avaliação.

Na subescala coordenação olho-mão, a criança apresenta uma cotação de 35 na avaliação inicial e de 40 na avaliação final, havendo uma progressão de cinco pontos. Deste modo, a sua progressão a este nível foi ligeira pelo que ainda não é equivalente à sua idade cronológica, logo, a criança parece demonstrar um desempenho abaixo do limite considerado normal na avaliação inicial e final.

Relativamente à subescala realização, a criança obteve um score bruto de 30 na avaliação inicial e de 43 na avaliação final, correspondendo à área onde se verificou uma maior evolução, de 13 pontos, no desempenho da criança. Contudo, torna-se pertinente realçar que nesta subescala a prestação da criança na concretização das atividades de encaixes pode ter sido influenciada pelas dificuldades na focalização visual. Contudo, a criança continua a revelar nos dois momentos de avaliação um desempenho abaixo do limite considerado normal.

Face ao exposto, é possível constatar que a criança, à semelhança da avaliação inicial, continua a apresentar um perfil de atraso no desenvolvimento psicomotor na avaliação final uma vez que a sua evolução nos vários domínios de desenvolvimento não foi correspondente à sua idade cronológica corrigida. Porém, os progressos evidenciados advêm do acompanhamento especializado recebido entre os dois momentos de avaliação e de uma maior consciencialização da família sobre a importância da sua colaboração no processo de intervenção.

Após a análise dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação, é fundamental fazer referência aos domínios de desenvolvimento cuja intervenção teve uma maior incidência. Para a construção gráfica, foi contabilizado o somatório das atividades realizadas nas 16 sessões possíveis, correspondendo a cada atividade um objetivo, i.e., embora seja possível trabalhar mais do que um objetivo em cada atividade, é selecionado o objetivo primordial de cada atividade com o intuito de averiguar o domínio de desenvolvimento de maior incidência de trabalho.

Assim, em 16 sessões foram realizadas 65 atividades: 12 de promoção da motricidade global, 21 para melhorar as capacidades motricidade fina, 12 de estimulação da linguagem, 10 para melhorar as competências sociais e de autonomia e 10 para potenciar a organização visuo-espacial. Contudo, torna-se pertinente acrescentar que embora não apareça representado graficamente, as competências cognitivas encontram-se implícitas em muitas das atividades realizadas. Para o cálculo em percentagem, foi aplicada a fórmula $\frac{\sum \text{atividades do domínio } X \times 100\%}{\sum \text{total de atividades}}$, sendo X

correspondente aos domínios de desenvolvimento trabalhados no processo de intervenção.

Domínios do Desenvolvimento

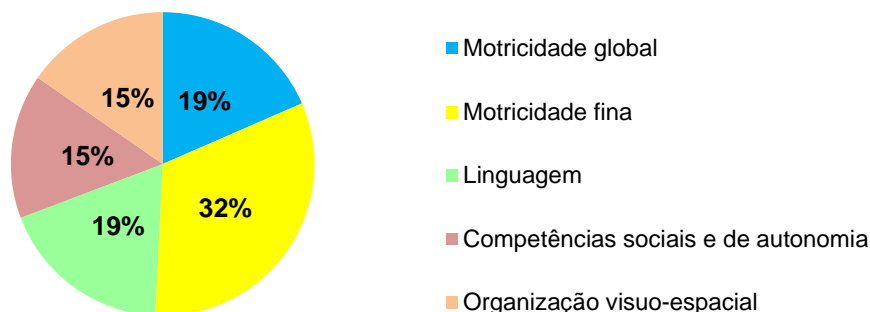


Figura 19 - Distribuição dos domínios de desenvolvimento no período de intervenção do estudo de caso CC.

De acordo com as percentagens apresentadas no gráfico da figura 19, verifica-se uma maior incidência em atividades de estimulação da motricidade fina, embora os restantes domínios apresentem percentagens similares, o que indica que de uma forma geral houve a necessidade de trabalhar todas as áreas por igual visto as suas dificuldades serem generalizadas a todos os domínios de desenvolvimento.

No que concerne ao desempenho da criança ao longo do ano letivo, serão apresentados na tabela seguinte os objetivos concretizados pela criança:

Tabela 11.

Objetivos concretizados pela CC durante o período de intervenção.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais	Objetivos Concretizados
Desenvolver a Motricidade Global	Melhorar a Coordenação Motora	Reação de gatinhar: Levantar os joelhos	X
		Rastejar com as mãos e com os joelhos	X
		Fazer progressos para frente e trás	X
		Levantar-se agarrada à mobília	
		Manter-se de pé agarrada à mobília	X
		Andar de lado agarrada à	

		mobília	
		Reação de andar 2: Põe um pé à frente do outro	X
		Empurrar um carrinho de bebé	
		Ultrapassar um obstáculo sem ajuda	X
		Andar com ajuda de uma das mãos	
		Ficar de pé sozinha	
Desenvolver a Competências Sociais/pessoais	Melhorar a capacidade de autonomia	Brinca com a chávena, a colher e o pires: dois em conjunto	X
		Acenar “adeus”	
		Obedecer a ordens simples	X
		Identificar as partes do corpo da boneca	
Desenvolver a Linguagem	Estimular a Linguagem Expressiva	Balbuciar frases de 2 a 4 sílabas	X
		Dizer pequenas frases balbuciadas	X
		Nomear 1 a 2 objetos apresentados	
		Dizer 1 a 12 ou + palavras com significado	
	Melhorar a Linguagem compreensiva	Identifica 3 a 8 objetos apresentados	X
		Abanar a cabeça para dizer “Não”	X
Desenvolver a Motricidade Fina	Melhorar a coordenação olho-mão	Empurra carrinhos enquanto brinca	X
		Encaixe de peças	Emergente
		A brincar, põe um objeto em cima do outro	X
		Realiza uma brincadeira construtiva que associe objetos	X
		Faz rolar a bola enquanto brinca	X

		Constrói uma torre de três a quatro cubos	X
		Põe e tira os dois cubos na caixa por imitação	X
		Repõe a tampa e dois cubos na caixa na caixa	X
		Bate com um cubo no outro, por imitação	X
	Melhorar as capacidades grafomotoras	Realizar pequenos rabiscos com o lápis	X
		Rabiscar vigorosamente	
Desenvolver a Estruturação espaciotemporal	Melhorar as competências visuo-espaciais	Encaixe de peças	X

De acordo com a informação apresentada na tabela 11 é possível verificar que a criança apresenta um maior número de objetivos concretizados no domínio da motricidade fina uma vez que esta também corresponde a uma das áreas em que existiu um maior investimento no processo de intervenção pedagógico-terapêutico. Contudo, importa salientar que nesta tabela se encontram os objetivos concretizados no decorrer das sessões de intervenção e no processo de avaliação final.

Capítulo III - Dificuldades e Limitações

O presente capítulo aborda aspetos relacionados com as dificuldades e limitações sentidas durante as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio, bem como possibilita a referência à partilha de experiências e aprendizagens.

Numa fase inicial, as principais dificuldades encontram-se associadas à capacidade de adaptação a dois contextos diferentes com regulamentos e práticas de trabalho distintos. Isto porque, o nível de exigência e de aprendizagem foi diferente bem como o ritmo de trabalho, havendo a necessidade de maior organização e de rentabilizar e efetuar uma gestão adequada do tempo extra disponibilizado para a realização de planos de intervenção/sessão e de relatórios de avaliação. Porém, esta dificuldade rapidamente foi ultrapassada com a adaptação aos contextos.

Outras dificuldades que surgiram inicialmente prendem-se com a diversidade de famílias apoiadas devido à necessidade de adaptação a diferentes culturas, ideologias, valores e rotinas de cada família e ao modo encaram a problemática da criança, com a aplicação de novos instrumentos de avaliação, com a necessidade de obter mais informação sobre as crianças sem diagnóstico no AVAG pois os encarregados de educação nem sempre se encontravam disponíveis, e com a autonomia conferida pelo AVAG à estagiária desde o contacto inicial, o que gerou algum receio e ansiedade pela falta de feedback e orientação diários. Contudo, através da prática e da experiência diárias, estas dificuldades foram gradualmente colmatadas. Para além do referido, torna-se pertinente referir algumas dificuldades que surgiam diariamente e que exigiam uma capacidade de adaptação imediata e de flexibilidade face às situações. A destacar, (1) o contacto com as famílias, (2) os pais pedirem opiniões sobre a possível problemática dos seus filhos, (3) a capacidade de agir perante os comportamentos, reações ou não colaboração das crianças nas atividades, (4) o contacto diário com diversas problemáticas e (5) a pouca colaboração dos pais no momento de avaliação.

A principal limitação sentida durante o período de estágio foi o tempo pois nem sempre foi possível colaborar em alguns projetos que comprometessem a não concretização de tarefas de estágio essenciais para o seu bom funcionamento e organização.

Um dos maiores desafios no desenvolvimento das atividades de estágio foi o contacto com as famílias, não sendo este visto como uma dificuldade mas como um receio pessoal. O contacto com as famílias requer uma série de competências de um profissional. A primeira é transparecer confiança e segurança às famílias nas metodologias adotadas geradoras de melhores resultados. Depois, ultrapassar o

estigma de que o estagiário é menos competente que outros profissionais, acalmar a família quando confrontado com a sua ansiedade em obter respostas e consciencializar a família sobre a importância de um trabalho em colaboração e articulação com profissionais.

Face ao exposto, todos os fatores mencionados anteriormente contribuíram para uma maior experiência e crescimento profissional na medida em que permitiu uma reflexão diária sobre os métodos praticados e um reajustamento de objetivos e estratégias à medida que o conhecimento sobre cada caso era mais aprofundado. Assim, a possibilidade de experienciar dois locais distintos também conferiu uma maior capacidade de resiliência e ajustamento face às situações inesperadas e uma maior confiança e segurança em lidar com as crianças e respetivas famílias. Além disto, possibilitou a aquisição de certas competências essenciais enquanto profissional integrado numa equipa multidisciplinar como a comunicação e articulação com outros profissionais e com a comunidade e a constante formação e aprendizagem acompanhando os avanços científicos e técnicos.

Capítulo IV – Conclusão

O presente relatório apresenta uma descrição da diversidade de experiências vivenciadas no âmbito da intervenção psicomotora e da realidade profissional em cada um dos locais de estágio. Assim, neste capítulo será realizada uma análise reflexiva dos conhecimentos adquiridos e do contributo desta experiência para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

A experiência profissional de estágio foi muito enriquecedora do ponto de vista profissional na medida em que tive a possibilidade de estagiar em dois contextos diferentes durante um ano letivo: o contexto educativo e o contexto hospitalar. Embora esta experiência possa ter sido mais desgastante a nível físico e psicológico, confesso que me permitiu estar em constante aprendizagem e evolução quanto aos conteúdos e problemáticas. Além do referido, esta foi uma excelente oportunidade para compreender melhor a realidade da intervenção psicomotora na infância em cada contexto através do impacto desta na melhoria das competências de desenvolvimento das crianças acompanhadas e da importância do processo de avaliação na verificação das necessidades de cada caso e na adequação da resposta do profissional às mesmas. É de acrescentar que o contacto com a realidade profissional permitiu valorizar os conteúdos teóricos aprendidos durante a minha formação académica bem como a sua importância aplicada à prática profissional, no que diz respeito à diversidade de problemáticas, de instrumentos de avaliação e de técnicas de intervenção.

Do ponto de vista pessoal, considero que o estágio foi uma fonte de estimulação para o desenvolvimento da minha criatividade e imaginação pela necessidade constante em inovar no que toca aos materiais, dinâmicas e atividades a realizar com as crianças. Além disto, esta experiência teve um contributo fundamental para melhorar a minha confiança e segurança enquanto profissional, aumentar a minha capacidade de adaptação às situações e de adequação de respostas a cada caso e para atenuar os meus receios e dificuldades existentes na fase inicial de estágio que, ao longo do tempo, foram superados.

Relativamente ao futuro profissional, a experiência de estágio permitiu-me averiguar os aspetos de maior relevância e que considero fundamentais na prática da intervenção psicomotora. Assim, é de destacar a importância de estarmos inseridos numa equipa terapêutica na medida em que a partilha de experiências e de informação permite uma avaliação e intervenção mais aprofundadas, o contacto com a família e com os meios disponíveis na comunidade pois uma maior quantidade de recursos contribui para uma maior progressão das competências de desenvolvimento

das crianças e para uma maior satisfação das suas necessidades e da respetiva família, os progressos e conquistas alcançados pelas crianças que, mesmo que pequenos, devem ser bastante valorizados e a necessidade de estar bem informado quanto à problemática, às características, às necessidades e interesses da criança para uma intervenção mais eficaz.

Face ao exposto, considero que as atividades de estágio tiveram um contributo crucial no meu desenvolvimento enquanto futuro profissional da área, motivando-me a continuar a investir na minha formação, a estar em constante atualização de conteúdos e a assumir um papel proactivo. Além disto, o RACP ajudou a aprofundar as minhas competências profissionais enquanto técnica superior de psicomotricidade, estimulando o desenvolvimento das capacidades de observação, avaliação e intervenção psicomotora e a elaboração de planos de sessão e de intervenção.

Capítulo V - Referências

- Allen, R. & Petr, C. (1996). Toward Developing Standards and Measurements for Family-Centered Practice in Family Support Programs. In L. Singer & A. Olson (Ed.), *Redifining support: Innovations in public private partnership*, (pp. 57-84). Retirado de http://www.beachcenter.org/Research%5CFullArticles%5CPDF%5CP1_TOWAR D%20DEVELOPING%20STANDARDS.pdf
- American Academy of Pediatrics (2006). Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *PEDIATRICS*, 118(1), 405-420. Retirado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.full.pdf+html>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington D.C.: Climepsi Editores.
- Alba, L., Gray, M., Williams, G. & Lowe, S. (2014). Early Intervention in Children (0-6 Years) with a Rare Developmental Disability: The Occupational Therapy Role. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24, 72-80. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.hkjo.2014.12.001>
- AVAG (2015). Página Web Agrupamento Vertical Almeida Garrett. Retirado de http://avagarrett.net/bt_education_j25_quickstart/
- Ballweg, D. (2001). Implementing Developmentally Supportive Family-Centered Care in the Newborn Intensive Care Unit as a Quality Improvement Initiative. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 15(3), 58–73. Retirado de <http://50.28.28.219/wp-content/uploads/2013/12/Ballweg-2001-Implementing-developmentally-supportive.pdf>
- Bellman, M. H., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *Schedule of growing skills II: Reference manual*. London: NFER Nelson.
- Berruezo Adelantado, P. (2008). El contenido de la psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su âmbito trórica y práctico. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62, 19-34. Retirado de http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1217113431.pdf
- Blackman, J. (2002). Early Intervention: A Global Perspective. *Infants & Young Children*, 15(2), 11–19. Retirado de <http://olms1.cte.jhu.edu/olms/data/resource/6172/Early%20Intervention%20and%20Brain%20Development.pdf>

- Blauw-Hospers, C. & Hadders-Algra, M. (2005). A systematic review of the effects of early intervention on motor development. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 421–432. DOI: 10.1017/S0012162205000824
- Brofenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed., 1, 993–1028). New Jersey: Wiley.
- Cruz, A., Fontes, F. & Carvalho, M. (2003). Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP. Retirado de <http://www.inr.pt/download.php?filename=21+-+Avalia%E7%E3o+da+satisfa%E7%E3o+das+fam%EDlias+apoiadas+pelo+PIIP%3Aresultados+da+aplica%E7%E3o+da+escala+ESFIP&file=%2Fuploads%2Fdocs%2FEdicoes%2FLivros%2FLivro021.pdf>
- Currie, J. (2001). Early Childhood Education Programs. *Journal of Economic Perspectives*, 25(2), 213-238. Retirado de http://public.econ.duke.edu/~vjh3/e195S/readings/Currie_Early_Programs.pdf
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>
- Dunn, W., Campbell, F., Campbell, C., Campbell, P., Oetter, P., Hall, S., & Berger, E. (1988). Occupational Therapy Services in Early Intervention and Preschool Services (Position Paper). *The American Journal of Occupational Therapy*, 42, 793-794. doi:10.5014/ajot.42.12.793.
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking Early Intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, 165-201.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting “Rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), 95-104.
- Dunst, C. (2005). Framework for Practicing Evidence-Based Early Childhood Intervention and Family Support. Case in Point, 1(1), 1-11. Retirado de <http://www.rehab.alabama.gov/docs/default-source/default-document-library/caseinpoint-framework-for-practicing-evid-based-early-childhood-interv-amp-fam-support.pdf?sfvrsn=0>
- Dunst, C., Bruder, M., & Espe-Sherwindt, M. (2014). Family Capacity-Building in Early Childhood Intervention: Do Context and Setting Matter?. *School Community Journal*, 24(1), 37-48. Retirado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1032240.pdf>

- Dunst, C., Trivette, C., & Hamby, D. (2007). Meta-analysis of Family-centered Help Giving Practices Research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 370 – 378. doi: 10.1002/mrdd.20176
- Duwa, S., Well, C. & Lalinde, P. (1993). Creating family-centered programs and policies. In D. Bryant & M. Graham (Eds.), *Implementing early intervention*. New York: The Guilford Press.
- European Forum Psychomotricity (2012). Psychomotrician Professional Competences in Europe. Retirado de http://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf
- Ferreira, C., Carvalhão, I., Gil, I., Ulrich, M., & Fernandes, S. (2007). Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths - dos 0 aos 2 anos (revisão de 1996). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Ferreira, C., Carvalhão, I., Gil, I., Ulrich, M., & Fernandes, S. (2008). Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths - dos 2 aos 8 anos (revisão de 2006): Manual de Administração. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Ferreira, J. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20 (6), 703-712. Retirado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10096&path%5B%5D=9833>
- Fonseca, V. (2005). Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem. Lisboa: Âncora Editora.
- Gras, R. (2004). Discapacidad e Intervención Psicomotriz en la Atención temprana. *Vínculo, Diferenciación y Autonomía*, 22, 101-106. Retirado de <http://www.researchgate.net/publication/239573311>
- Griffiths, R. (1954). *The Abilities of Babies*. London: University of London Press.
- Guralnick, M. (1997). Second research in the field of early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp.3-22). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Guralnick, M. (2001). A Developmental Systems Model for Early Intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18. Retirado de http://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/dev_sys_model_EI_IYC_10_01.pdf
- Guralnick, M. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. In M. Guralnick (Ed.) *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes Publishing.

- Guralnick, M. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants and Young Children*, 24(1), 6-28.
- HBA (2012). Página Web Hospital Beatriz Ângelo. Retirado de <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/>
- Jiménez, A. (2000). Intervención Psicomotriz en al Primer Ciclo de Educación Infantil: Estimulación de Situaciones Sensoriomotoras. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 37, 87-102. Retirado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=118060>.
- Jimenez-Gomez, A. & Standridge, S. (2014). A Refined Approach to Evaluating Global Developmental Delay for the International Medical Community. *Pediatric Neurology*, 51, 198-206. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2013.12.018>
- Lawlor, M. & Henderson, A. (1989). A Descriptive Study of the Clinical Practice Patterns of Occupational Therapists Working With Infants and Young Children. *The American journal of Occupational Therapy*, 43, 755-764. doi:10.5014/ajot.43.11.755
- Lázaro, A. (2000). La inclusión de la psicomotricidade n el proyecto curricular del centro de educacion especial: de la teoria a la práctica educativa. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 37, 121-138. Retirado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=118062>
- Llinares, M. (2007). Aprender el cuerpo cuanto antes: la atención psicomotriz temprana. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Coporales*, 7 (25). 31-38. Retirado de <http://www.unedlapalma.es/documentos/articulo.pdf>
- Llauradó, C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), 123-154. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/274/27414780008.pdf>
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade – As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Majnemer, A. (1998). Benefits of Early Intervention for Children With Developmental Disabilities. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5 (1), 62-69. Retirado de http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1NFNY8QZG-9VPZJS-V3/GAGNON_Marie-Pascale.pdf
- Majnemer, A. & Shevell, M. (1995). Diagnostic yield of the neurologic assessment of the developmentally delayed child. *The Journal of Pediatrics*, 193-199. Retirado

de http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWK0DX7C-1H886H0-3LY/GDD_Diagnostic%20yield%20of%20the%20neurologic%20assessment%20of%20the%20developmentally%20delayed%20child.pdf

- Meisels, S. & Shonkoff, J. (2000). Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed., pp. 3-34). EUA: Cambridge University Press.
- Mendes, M., Neves, M., & Guedes, M. (2000). A Educação Pré-Escolar e os Cuidados para a Infância em Portugal. Retirado de <http://www.adcl.org.pt/observatorio/pdf/cuidadosparaainfanciaemPortugal.pdf>
- National Dissemination Center for Children with Disabilities (2012). Developmental Delay. *Disability Fact Sheet*, 9, 1-4. Retirado de http://www.parentcenterhub.org/wp-content/uploads/repo_items/fs9.pdf
- Neisworth, J., Bagnato, S., Salvia, J. & Hunt, F. (1999). Manual for the Temperament and Atypical Behavior Scale- Early Childhood Indicators of Developmental Dysfunction. East Peoria, Illinois: Versa Press.
- Pereira, A. & Serrano, A. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, 27, 4-11. Retirado de http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_A_Crescer_27.pdf#page=4
- Pimentel, J. (2005). Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.12/1138>
- Ramey, C. & Ramey, S. (1998). Early Intervention and Early Experience. *American Psychologist*, 53 (2), 109-120. Retirado de https://static.vtc.vt.edu/media/documents/179_Early_intervention_and_early_experience.pdf
- Reynolds, A., Temple, J., Robertson, D., & Mann, E. (2001). Long-term Effects of Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile Arrest. *Journal American Medical Association*, 285 (18), 2339-2346. Retirado de http://www.precaution.org/lib/effects_of_early_intervention.010509.pdf
- Rodríguez, J. & Llinares, M. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62, 35-60. Retirado de [file:///C:/Users/Raquel/Downloads/Dialnet-ElRolDelPsicomotrista-2707341%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Raquel/Downloads/Dialnet-ElRolDelPsicomotrista-2707341%20(3).pdf)

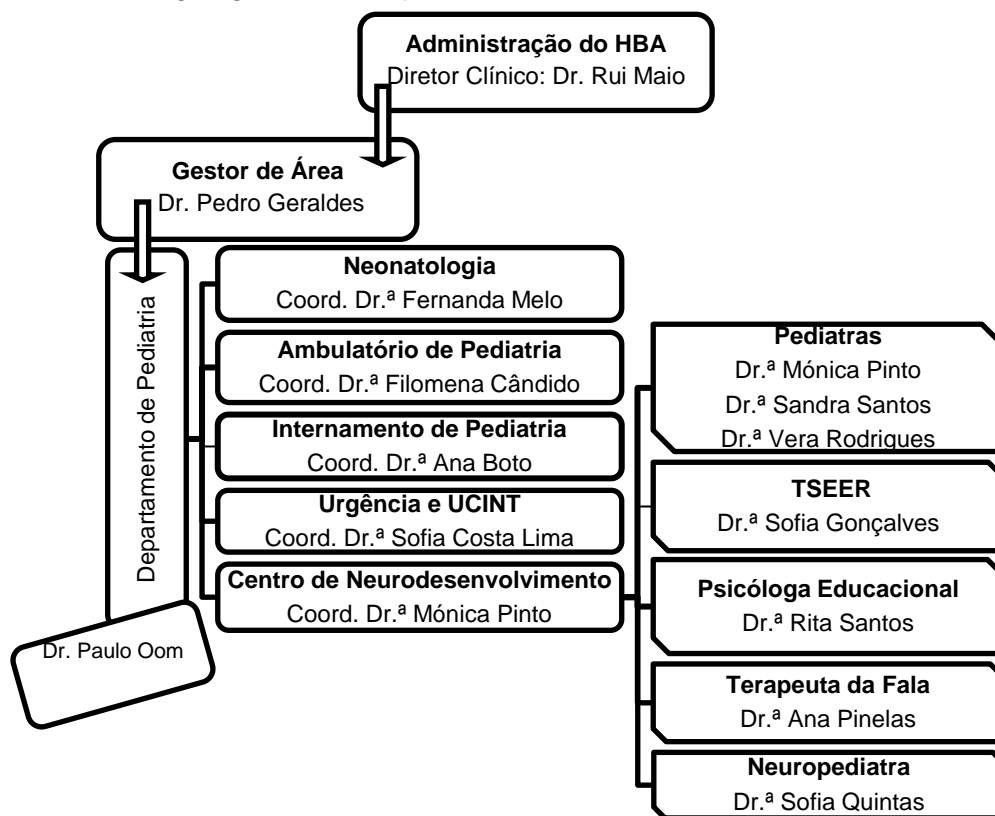
- Rodrigues, D. & Nogueira, J. (2010). Educação Especial e Inclusiva em Portugal Factos e opções. *Revista Educación Inclusiva*, 3(1), 97-109. Retirado de <http://www.ujaen.es/revista/rei/linked/documentos/documentos/5-6.pdf>
- Ruivo, J. & Almeida, I. (2002). Contributo para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal. Retirado de <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=30758&img=218>
- Sameroff, A. & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.) *Review of Child Development Research* (vol. 4, pp.187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional Regulation: The Development Ecology of Early Intervention. In J. Shonkoff, & S. Meisels, *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed., pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Serrano, A. & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention - The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista Educación Inclusiva*, 4(1), 43-50. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/15769>
- Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., Majnemer, A., Noetzel, M., & Sheth, R. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay - Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 60, 367-380. DOI: 10.1212/01.WNL.0000031431.81555.16
- Shonkoff, J. & Hauser-Cram, P. (1987). Early Intervention for Disabled Infants and Their Families: A Quantitative Analysis. *Pediatrics*, 80(5), 650-658. Retirado de <http://www.bc.edu/content/dam/files/schools/lsoe/pdf/EICS/EarlyInterventionforDisabedlInfantsandtheirFamiliesAQuantitativeAnalysis.pdf>
- Simeonsson, R. & Bailey, D. (1990). Family dimensions in early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.) *Handbook of early intervention* (pp. 428-444). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tegethof, M. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor.
- Thurin, J. (2010). Évaluation de l'efficacité des thérapeutiques en psychomotricité. *Les Entretiens de Bichat*, 1-8. Retirado de <http://www.techniques->

psychotherapiques.org/Documentation/ArticlesAccesLibre/articlesJMT/Psychomotricite_thurin2010.pdf

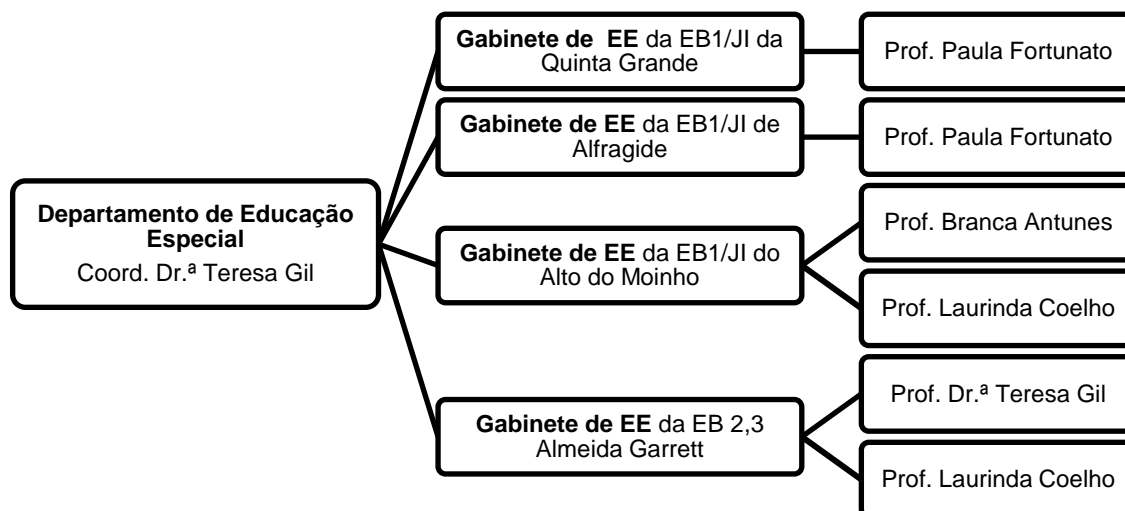
- Thiffault, J. (1978). Note de recherche. La psychomotricité et le développement de l'enfant : rôle du psychologue. *Revue des sciences de l'éducation*, 4 (2), 345-349. DOI: 10.7202/038272ar
- Turnbull, A., Turbiville, V. & Turnbull, H. (2000). Evolution of family-professional partnerships: collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.) *Handbook of early intervention*. (2nd ed., pp. 630-650). Cambridge: Cambridge University Press.
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2012). Parent, Teachers and Children's Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social and Emotional Competence. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 157-169. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179824384005>
- Williams, M., Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., & Whitaker, C. (2013). Schedule of Growing Skills II: Pilot Study of an Alternative Scoring Method. *Psychology*, 4(3), 143-152. Retirado de <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.43021>.

Anexos

Anexo I - Organigrama do corpo clínico do HBA – Pediatria.



Anexo II - Organigrama do DEE do AVAG.



Anexo III – Avaliação Inicial do ID na SGS II

Quadro Resumo da Pontuação

	Postura Passiva	Postura Activa	Loco-motora	Manipulativa	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognitiva
Pontuação máxima	9	12	20	28	20	21	22	24	23	34
Pontuação Obtida	9	12	20	24	20	17	14	18	20	25

Perfil de Desenvolvimento

	Postura Passiva	Postura Activa	Locomotora	Manipulativa	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognitiva
60 meses			20 19	28 27	20 19	21 20	22 21	24	23 22 21	34 33 32
48 meses			18 17	26 25 24	19	19 18	20 19	23	20 19 18	31 30 29 28
36 meses			16 15	23 22 21	18 17	17 16	18 17	22 21 20	17 16	27 26 25 24
30 meses			14 13	20 19 18	16	16 14	16 15 14	18 17 16	16 14	23 22 21 20
24 meses			12 11 10	17 16 15	16 14	13 12	14 13 12	17 16	13 12 11	19 18 17 16
18 meses			9 8 7	14 13 12	13	11 10	11	15 14	10 9 8	16 14 13 12
15 meses			6 5	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9
12 meses		12 11	4 3	9 8	11 10	8 7	7 6	10 9 8	6 4	8 7 6
10 meses		11 10	2 1	7	9	6	5	7	3	6 4
8 meses		9 8 7		6	8	5	4	6	2	3 2
6 meses	9 8 7	6 5 4		5 4	7 6	4 3	3	5 4	1	1
3 meses	6 5 4	3		3 2	5 4	2	2	3 2		
1 mês	3 2 1	2		1	3 2		1	1		
0 meses		1			1	1				

Capacidades Locomotoras

Itens	CAPACIDADES LOCOMOTORAS	Pontuação	Prestação
	Movimento e Equilíbrio		
22	Rebola e vira-se (apoiado sobre a barriga) para se deslocar	1	
23	Tenta gatinhar ou arrastar-se (por vezes para trás)	2	
24	Anda, seguro por ambas as mãos, apoiando todo o peso nos pés	3	
25	Anda agarrado à mobília (ou empurra carrinho com rodas)	4	
26	Anda sozinho, pés afastados e braços elevados para manter o equilíbrio	5	
27	Anda bem, pés ligeiramente afastados, consegue virar esquinas e parar subitamente	6	✓
28	Apanha um objecto do chão sem cair	7	✓
29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado, evita obstáculos	8	✓
30	Salta elevando ambos os pés do chão	9	✓
31	Anda em "bicos dos pés"	10	✓
32	Corre em "bicos dos pés"	11	✓
33	Dá 3 saltos ao pé coxinho	12	✓
34	Anda, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé (ex. em cima de uma linha) (pelo menos 4 passos)	13	X
35	Mantém-se 8 segundos em equilíbrio, em cada um dos pés	14	Q
	Escadas		
36	Sobe escadas de gatas	1	✓
37	Sobe escadas com a mão segura, colocando ambos os pés no mesmo degrau (sem alternância de pés)	2	✓
38	Sobe e desce escadas, com confiança, sem alternância de pés	3	✓
39	Sobe escadas com alternância de pés e desce escadas sem alternância de pés, de modo independente	4	✓
40	Sobe e desce escadas de modo independente, colocando um pé em cada degrau (padrão adulto)	5	✓
41	Sobe escadas a correr	6	✓
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS	Total	Máx. 20

Capacidades Manipulativas

Itens	CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Pontuação	Prestação
	Mãos		
42	Mãos fechadas e polegar flectido	1	
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos	2	
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra	3	
45	Preensão palmar (o objecto é agarrado pelo polegar e vários dedos, contactando com a palma da mão) ☐	4	
46	Transfere objecto de uma mão para a outra ☐	5	
47	Segura 2 cubos, um em cada mão e junta-os ☐	6	
48	Pega num pequeno objecto realizando pinça inferior (segura o objecto entre o polegar e outros dedos, sem oposição completa - ex. Pinça lateral) ☐	7	
49	Pega num pequeno objecto realizando uma pinça nítida (oposição completa entre o polegar e o indicador) ☐	8	
50	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão (arremço)	9	
51	Vira páginas de um livro (várias de cada vez) ☐	10	
52	Vira uma página de cada vez ☐	11	✓
53	Coloca 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos ☐	12	✓
54	Coloca 8 pinos na tábua de encaixe em 30 segundos ☐	13	✗
	Cubos		
55 ☉	Torre de 2 cubos ☐	1	
56 ☉	Torre de 3 cubos ☐	2	
57 ☉	Torre de 4-6 cubos ☐	3	✓
58 ☉	Torre de 7 + cubos ☐	4	✓
59 ☉	Constrói ponte de cubos (com modelo à vista) ☐	5	✓
60 ☉	Constrói escada de 3 degraus com 6 cubos (modelo à vista) ☐	6	✗
	Desenho		
61 ☉	Rabisca para cá e para lá ☐	1	
62 ☉	Rabisco circular ☐	2	✓
63 ☉	Copia linha vertical e / ou horizontal ☐	3	✓
64 ☉	Copia círculo ☐	4	✓
65 ☉	Copia cruz ☐	5	✓
66 ☉	Copia quadrado ☐	6	✗
	Desenho da Figura Humana		
67 ☉	Criança desenha a cabeça e uma outra parte ☐	1	✓
68 ☉	Criança desenha cabeça, pernas e braços (2) ☐	2	✓
69 ☉	Criança desenha cabeça, face, tronco, pernas e braços ☐	3	✗
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Total	Máx. 28

Capacidades Visuais

Ítems	CAPACIDADES VISUAIS	Pontuação	Prestação
	Função Visual		
70	Volta-se para a luz difusa (ex. Janela)	1	
71	Fixa momentaneamente um pom-pom a 30 cm de distância □	2	
72	Foca objecto (a 30 cm distância) que balança com movimento pendular e segue-o com os olhos num trajecto de 90° □	3	
73	Segue objecto que balança, num trajecto de 180° □	4	
74	Converge os olhos com aproximação do objecto □	5	
75	Apona com o indicador com precisão para objecto pequeno □	6	
	Compreensão Visual		
76 ©	Observa objecto que cai, mas não o procura no chão (sem permanência do objecto) □	1	
77 ©	Olha para o local correcto à procura de objecto que cai (permanência do objecto) □	2	
78 ©	Procura objecto escondido □	3	
79 ©	Atento e interessado pelo movimento à distância (ex. Através da janela, movimento de um pássaro, etc.)	4	×
80 ©	Apona com o dedo para objectos distantes	5	✓
81 ©	Mostra-se interessado em gravuras □	6	✓
82 ©	Reconhece detalhes do Livro de Figuras □	7	✓
83 ©	Completa o quadro de formas □	8	✓
84 ©	Completa o quadro do peixe □	9	✓
85 ©	Reconhece pequenos detalhes de figuras □	10	✓
86 ©	Combina 2 cores □	11	✓
87 ©	Combina 4 cores □	12	✓
88 ©	Emparelha os 10 cartões de cores □	13	✓
89	Coopera em teste formal de visão (6 metros) (ex. Carta de Snellen) □	14	✓
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS	Total	Máx. 20

Capacidades de Audição e Fala

Ítems	AUDIÇÃO E FALA	Pontuação	Prestação
	Função Auditiva		
90	Assusta-se com ruído súbito	1	
91	Responde à voz	2	
92	Olha para o local de onde vem a voz da mãe	3	
	Compreensão Auditiva		
93	Vira a cabeça na direcção a fonte sonora	1	
94	Atento aos sons rotineiros	2	
95	Compreende "não / adeus"	3	
96	Reconhece o próprio nome	4	
97	Mostra compreender os nomes de pessoas ou objectos familiares	5	
98	Selecciona, a pedido, 2 de 4 objectos □	6	
99	Aponta para 2 partes do corpo nomeadas (ex. nariz e mãos)	7	✓
100	Aponta para partes do corpo na boneca (ex. olhos e barriga) □	8	✓
101	Segue ordem de 2 passos (ex. "Dá de beber à boneca"; "Penteia o cabelo da boneca") □	9	✓
102	Mostra compreender os verbos, utilizando as gravuras de actividades ou acções □	10	✓
103	Mostra compreender as funções dos objectos, utilizando gravuras □	11	✓
104	Mostra compreender as preposições (ex. de baixo, em cima, atrás, etc.) □	12	✓
105	Compreende adjectivos relacionados com a dimensão □	13	✓
106	Compreende negativos (ex. Qual é que não tem sapatos ?) □	14	✓
107	Cumprir uma ordem com duas instruções (ex. "Põe a boneca no chão e depois vai fechar a porta") □	15	×
108	Compreende perguntas mais complicadas	16	×
109	Cumprir ordem com 3 instruções (ex. "Antes de dares o copo à mãe, põe a colher no chão e dá-me a boneca") □	17	×
110	Compreende negativos em frases complexas (ex. "Qual é que não serve nem para comer nem para beber") □	18	×
	PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E FALA	Total	Máx. 21

Capacidades de Fala e Linguagem

Itens	FALA E LINGUAGEM	Pontuação	Prestação
	Vocalização		
111	Faz sons guturais ocasionais	1	
112	Vocaliza quando satisfeito	2	
113	Ri e grita durante a brincadeira	3	
114	Parla continuamente e com entoação	4	
115	Imita sons dos adultos, sons divertidos (ex. tosse, "br")	5	
	Linguagem Expressiva		
116	Lalações incessantes contendo vogais e muitas consoantes	1	
117	Usa uma palavra com significado	2	
118	Comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações	3	
119	Usa várias palavras com significado (pelo menos 4)	4	
120	Usa mais de 7 palavras com significado	5	
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros	6	
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases simples	7	✓
123	Nomeia objectos e gravuras familiares	8	✓
124	Discurso geralmente compreendido pela mãe	9	✓
125	Usa palavras interrogativas (ex. Onde? O quê?) e usa 2 pronomes pessoais (ex. eu, tu,...)	10	✓
126	Capaz de manter conversação simples e descrever acontecimentos	11	✗
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais	12	✗
128	Consegue relatar vagamente acontecimentos recentes	13	✗
129	Discurso fluente e claro	14	✗
130	Consegue construir frases com 5 ou mais palavras	15	✗
131	Consegue descrever uma sequência de acontecimentos	16	✗
132	Consegue explicar acontecimentos	17	✗
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE LINGUAGEM E FALA	Total	Máx. 22

Capacidades de Interação Social

Itens	CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL	Pontuação	Prestação
	Comportamento Social		
133	Sorri	1	
134	Responde ao tratamento carinhoso	2	
135	Gosta do banho e dos cuidados de rotina	3	
136	Leva tudo à boca (exploração oral) ☐	4	
137	Mostra-se irritado quando frustrado	5	
138	Bate palmas e acena adeus	6	
139	Explora objectos que estão à sua volta	7	
140	Imita actividades da vida diária	8	✓
141	Comportamento rebelde quando contrariado	9	✗
142	Brinca com outras crianças mas não partilha brinquedos	10	✓
143 ☉	Partilha brinquedos	11	✓
144 ☉	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos	12	✗
145	Ajuda activamente irmãos e amigos	13	✗
146	Escolhe os melhores amigos	14	✗
	Jogo		
147	Quando lhe é oferecida uma roca, abana-a para obter som ☐	1	
148	Encontra um objecto parcialmente escondido ☐	2	
149	Encontra rapidamente um objecto escondido ☐	3	
150 ☉	Explora com interesse as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos ☐	4	
151	Brinca sozinho ou perto de pessoa familiar	5	✓
152 ☉	Brinca com os brinquedos de modo habilidoso (ex. Empurrar objectos grandes sem bater na parede)	6	✗
153	Chuta bola pequena ☐	7	✓
154	Atira com a mão uma bola pequena (por cima da cabeça) ☐	8	✗
155 ☉	Sabe aguardar a sua vez no jogo ☐	9	✗
156 ☉	Participa em jogos de cooperação e imaginação, cumprindo as regras	10	✗
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL	Total	Máx. 24

Capacidades de Autonomia

Itens	CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA	Pontuação	Prestação
	Alimentação		
157	Segura no biberão enquanto está a ser alimentado	1	
158	Agarra na colher	2	
159	Segura, morde e mastiga uma bolacha	3	
160	Bebe por um copo(adequado para bebés) com ajuda	4	
161	Segura na colher mas não se alimenta	5	
162	Segura na colher, leva-a à boca mas entoma	6	
163	Segura no copo com ambas as mãos e bebe sem entomar muito	7	
164	Come sozinho com a colher, sem entomar muito	8	
165	Levanta o copo com uma mão, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade	9	
166	Come perfeitamente sozinho, com colher	10	
167	Come com colher e garfo	11	✓
168	Come com garfo e faca (com pequena ajuda)	12	✓
169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição	13	✗
	Higiene		
170	Dá sinal, chorando ou contorcendo-se, quando está molhado ou com fezes	1	
171	Antecipa as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações	2	
172	Mantém-se seco durante o dia	3	✓
173	Verbaliza necessidade de ir à casa de banho em tempo razoável	4	✓
174	Mantém-se geralmente seco durante a noite	5	✓
175	Lava as mãos	6	✓
176	Lava e seca as mãos, e tenta escovar os dentes	7	✓
177	Lava e seca completamente as mãos e cara	8	✓
178	Veste-se e despe-se sozinho (excepto botões e fechos)	9	✗
179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos)	10	✗
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA	Total	Máx. 23

Anexo IV – Avaliação Inicial do ID no TABS

	Scores Brutos	Percentis	Scores Totais
Desligado	8	<1	0
Hipersensível/Ativo	2	32	48
Pouco Reativo	2	6	31
Desregulado	1	15	42
Índice de Temperamento e Regulação (ITR)	13	1	56

Anexo V – Avaliação Final do ID no SGS II

Quadro Resumo da Pontuação

	Postura Passiva	Postura Activa	Loco- motora	Manipu- lativa	Visual	Audição Fala	Fala e Lingua- gem	Social	Autono- mia	Cognitiva
Pontuação máxima	9	12	20	28	20	21	22	24	23	34
Pontuação Obtida	9	12	20	28	20	21	22	21	22	29

Perfil de Desenvolvimento

	Postura Passiva	Postura Activa	Locomotora	Manipulativa	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognitiva
60 meses			20 19	28 27	20 19	21 20	22 21	24	23 22 21	34 33 32
48 meses			18 17	26 26 24	19	19 18	20 19	23	20 19 18	31 30 29
36 meses			16 16	23 22 21	18 17	17 16	18 17	23 21	17 16	27 26 26 24
30 meses			14 13	20 19 18	16	16 14	16 16	19 18	16 14	23 22 21 20
24 meses			12 11 10	17 16 16	16 14	13 12	14 13 12	17 16	13 12 11	19 18 17 16
18 meses			9 8 7	14 13 12	13	11 10	11	16 14	10 9 8	16 14 13 12
15 meses			6 6	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9
12 meses		12	4 3	9 8	11 10	8 7	7 6	10 9 8	6 4	8 7 6
10 meses		11 10	2 1	7	9	6	6	7	3	6 4
8 meses		9 8 7		6	8	6	4	6	2	3 2
6 meses	9 8 7	6 6 4		6 4	7 6	4 3	3	6 4	1	1
3 meses	6 6 4	3		3 2	6 4	2	2	3 2		
1 mês	3 2 1	2		1	3 2		1	1		
0 meses		1			1	1				

Capacidades Locomotoras

Ítems	CAPACIDADES LOCOMOTORAS	Pontuação	Prestação
	Movimento e Equilíbrio		
22	Rebola e vira-se (apoiado sobre a barriga) para se deslocar	1	
23	Tenta gatinhar ou arrastar-se (por vezes para trás)	2	
24	Anda, seguro por ambas as mãos, apoiando todo o peso nos pés	3	
25	Anda agarrado à mobília (ou empurra carrinho com rodas)	4	
26	Anda sozinho, pés afastados e braços elevados para manter o equilíbrio	5	
27	Anda bem, pés ligeiramente afastados, consegue virar esquinas e parar subitamente	6	✓
28	Apanha um objecto do chão sem cair	7	✓
29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado, evita obstáculos	8	✓
30	Salta elevando ambos os pés do chão	9	✓
31	Anda em "bicos dos pés"	10	✓
32	Corre em "bicos dos pés"	11	✓
33	Dá 3 saltos ao pé coxinho <u>Capacidades Manipulativas</u>	12	✓
34	Anda, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé (ex. em cima de uma linha) (pelo menos 4 passos)	13	✓
35	Mantém-se 8 segundos em equilíbrio, em cada um dos pés	14	✓
	Escadas		
36	Sobe escadas de gatas	1	✓
37	Sobe escadas com a mão segura, colocando ambos os pés no mesmo degrau (sem alternância de pés)	2	✓
38	Sobe e desce escadas, com confiança, sem alternância de pés	3	✓
39	Sobe escadas com alternância de pés e desce escadas sem alternância de pés, de modo independente	4	✓
40	Sobe e desce escadas de modo independente, colocando um pé em cada degrau (padrão adulto)	5	✓
41	Sobe escadas a correr	6	✓
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS	Total	Máx. 20

Capacidades Manipulativas

Ítems	CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Pontuação	Prestação
	Mãos		
42	Mãos fechadas e polegar flectido	1	
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos	2	
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra	3	
45	Preensão palmar (o objecto é agarrado pelo polegar e vários dedos, contactando com a palma da mão) □	4	
46	Transfere objecto de uma mão para a outra □	5	
47	Segura 2 cubos, um em cada mão e junta-os □	6	
48	Pega num pequeno objecto realizando pinça inferior (segura o objecto entre o polegar e outros dedos, sem oposição completa - ex. Pinça lateral) □	7	
49	Pega num pequeno objecto realizando uma pinça nítida (oposição completa entre o polegar e o indicador) □	8	
50	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão (arremeço)	9	
51	Vira páginas de um livro (várias de cada vez) □	10	
52	Vira uma página de cada vez □	11	✓
53	Coloca 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos □	12	✓
54	Coloca 8 pinos na tábua de encaixe em 30 segundos □	13	✓
	Cubos		
55 ©	Torre de 2 cubos □	1	
56 ©	Torre de 3 cubos □	2	
57 ©	Torre de 4-6 cubos □	3	✓
58 ©	Torre de 7 + cubos □	4	✓
59 ©	Constrói ponte de cubos (com modelo à vista) □	5	✓
60 ©	Constrói escada de 3 degraus com 6 cubos (modelo à vista) □	6	✓
	Desenho		
61 ©	Rabisca para cá e para lá □	1	
62 ©	Rabisco circular □	2	✓
63 ©	Copia linha vertical e / ou horizontal □	3	✓
64 ©	Copia círculo □	4	✓
65 ©	Copia cruz □	5	✓
66 ©	Copia quadrado □	6	✓
	Desenho da Figura Humana		
67 ©	Criança desenha a cabeça e uma outra parte □	1	✓
68 ©	Criança desenha cabeça, pernas e braços (2) □	2	✓
69 ©	Criança desenha cabeça, face, tronco, pernas e braços □	3	✓
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Total	Máx. 28

Capacidades Visuais

Itens	CAPACIDADES VISUAIS	Pontuação	Prestação
	Função Visual		
70	Volta-se para a luz difusa (ex. Janela)	1	
71	Fixa momentaneamente um pom-pom a 30 cm de distância □	2	
72	Foca objecto (a 30 cm distância) que balança com movimento pendular e segue-o com os olhos num trajecto de 90° □	3	
73	Segue objecto que balança, num trajecto de 180° □	4	
74	Converge os olhos com aproximação do objecto □	5	
75	Apona com o indicador com precisão para objecto pequeno □	6	
	Compreensão Visual		
76 ©	Observa objecto que cai, mas não o procura no chão (sem permanência do objecto) □	1	
77 ©	Olha para o local correcto à procura de objecto que cai (permanência do objecto) □	2	
78 ©	Procura objecto escondido □	3	
79 ©	Atento e interessado pelo movimento à distância (ex. Através da janela, movimento de um pássaro, etc.)	4	
80 ©	Apona com o dedo para objectos distantes	5	✓
81 ©	Mostra-se interessado em gravuras □	6	✓
82 ©	Reconhece detalhes do Livro de Figuras □	7	✓
83 ©	Completa o quadro de formas □	8	✓
84 ©	Completa o quadro do peixe □	9	✓
85 ©	Reconhece pequenos detalhes de figuras □	10	✓
86 ©	Combina 2 cores □	11	✓
87 ©	Combina 4 cores □	12	✓
88 ©	Emparelha os 10 cartões de cores □	13	✓
89	Coopera em teste formal de visão (6 metros) (ex. Carta de Snellen) □	14	✓
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS	Total	Máx. 20

Capacidades de Audição e Fala

Itens	AUDIÇÃO E FALA	Pontuação	Prestação
	Função Auditiva		
90	Assusta-se com ruído súbito	1	
91	Responde à voz	2	
92	Olha para o local de onde vem a voz da mãe	3	
	Compreensão Auditiva		
93	Vira a cabeça na direcção a fonte sonora	1	
94	Atento aos sons rotineiros	2	
95	Compreende "não / adeus"	3	
96	Reconhece o próprio nome	4	
97	Mostra compreender os nomes de pessoas ou objectos familiares	5	
98	Selecciona, a pedido, 2 de 4 objectos □	6	
99	Aponta para 2 partes do corpo nomeadas (ex. nariz e mãos)	7	✓
100	Aponta para partes do corpo na boneca (ex. olhos e barriga) □	8	✓
101	Segue ordem de 2 passos (ex. "Dá de beber à boneca"; "Penteia o cabelo da boneca") □	9	✓
102	Mostra compreender os verbos, utilizando as gravuras de actividades ou acções □	10	✓
103	Mostra compreender as funções dos objectos, utilizando gravuras □	11	✓
104	Mostra compreender as preposições (ex. de baixo, em cima, atrás, etc.) □	12	✓
105	Compreende adjectivos relacionados com a dimensão □	13	✓
106	Compreende negativos (ex. Qual é que não tem sapatos ?) □	14	✓
107	Cumpe uma ordem com duas instruções (ex. "Põe a boneca no chão e depois vai fechar a porta") □	15	✓
108	Compreende perguntas mais complicadas	16	✗
109	Cumpe ordem com 3 instruções (ex. "Antes de dares o copo à mãe, põe a colher no chão e dá-me a boneca") □	17	✗
110	Compreende negativos em frases complexas (ex. "Qual é que não serve nem para comer nem para beber") □	18	✓
	PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E FALA	Total	Máx. 21

Capacidades de Fala e Linguagem

Itens	FALA E LINGUAGEM	Pontuação	Prestação
	Vocalização		
111	Faz sons guturais ocasionais	1	
112	Vocaliza quando satisfeito	2	
113	Ri e grita durante a brincadeira	3	
114	Parla continuamente e com entoação	4	
115	Imita sons dos adultos, sons divertidos (ex. tosse, "br")	5	
	Linguagem Expressiva		
116	Lalações incessantes contendo vogais e muitas consoantes	1	
117	Usa uma palavra com significado	2	
118	Comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações	3	
119	Usa várias palavras com significado (pelo menos 4)	4	
120	Usa mais de 7 palavras com significado	5	
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros	6	
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases simples	7	
123	Nomeia objectos e gravuras familiares	8	
124	Discurso geralmente compreendido pela mãe	9	
125	Usa palavras interrogativas (ex. Onde? O quê?) e usa 2 pronomes pessoais (ex. eu, tu,...)	10	✓
126	Capaz de manter conversação simples e descrever acontecimentos	11	✓
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais	12	X
128	Consegue relatar vagamente acontecimentos recentes	13	✓
129	Discurso fluente e claro	14	X
130	Consegue construir frases com 5 ou mais palavras	15	✓
131	Consegue descrever uma sequência de acontecimentos	16	✓
132	Consegue explicar acontecimentos	17	✓
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE LINGUAGEM E FALA		Total	Máx. 22

Capacidades de Interação Social

Ítems	CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL	Pontuação	Prestação
	Comportamento Social		
133	Sorri	1	
134	Responde ao tratamento carinhoso	2	
135	Gosta do banho e dos cuidados de rotina	3	
136	Leva tudo à boca (exploração oral) ☐	4	
137	Mostra-se irritado quando frustrado	5	
138	Bate palmas e acena adeus	6	
139	Explora objectos que estão à sua volta	7	
140	Imita actividades da vida diária	8	✓
141	Comportamento rebelde quando contrariado	9	✓
142	Brinca com outras crianças mas não partilha brinquedos	10	✓
143 ©	Partilha brinquedos	11	✓
144 ©	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos	12	✗
145	Ajuda activamente irmãos e amigos	13	✗
146	Escolhe os melhores amigos	14	✗
	Jogo		
147	Quando lhe é oferecida uma roca, abana-a para obter som ☐	1	
148	Encontra um objecto parcialmente escondido ☐	2	
149	Encontra rapidamente um objecto escondido ☐	3	
150 ©	Explora com interesse as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos ☐	4	
151	Brinca sozinho ou perto de pessoa familiar	5	✓
152 ©	Brinca com os brinquedos de modo habilidoso (ex. Empurrar objectos grandes sem bater na parede)	6	✗
153	Chuta bola pequena ☐	7	✓
154	Atira com a mão uma bola pequena (por cima da cabeça) ☐	8	✓
155 ©	Sabe aguardar a sua vez no jogo ☐	9	✓
156 ©	Participa em jogos de cooperação e imaginação, cumprindo as regras	10	Q
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL	Total	Máx. 24

Capacidades de Autonomia

Itens	CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA	Pontuação	Prestação
	Alimentação		
157	Segura no biberão enquanto está a ser alimentado	1	
158	Agarra na colher	2	
159	Segura, morde e mastiga uma bolacha	3	
160	Bebe por um copo(adequado para bebés) com ajuda	4	
161	Segura na colher mas não se alimenta	5	
162	Segura na colher, leva-a à boca mas entoma	6	
163	Segura no copo com ambas as mãos e bebe sem entomar muito	7	
164	Come sozinho com a colher, sem entomar muito	8	
165	Levanta o copo com uma mão, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade	9	
166	Come perfeitamente sozinho, com colher	10	
167	Come com colher e garfo	11	✓
168	Come com garfo e faca (com pequena ajuda)	12	✓
169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição	13	✓
	Higiene		
170	Dá sinal, chorando ou contorcendo-se, quando está molhado ou com fezes	1	
171	Antecipa as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações	2	
172	Mantém-se seco durante o dia	3	✓
173	Verbaliza necessidade de ir à casa de banho em tempo razoável	4	✓
174	Mantém-se geralmente seco durante a noite	5	✓
175	Lava as mãos	6	✓
176	Lava e seca as mãos, e tenta escovar os dentes	7	✓
177	Lava e seca completamente as mãos e cara	8	✓
178	Veste-se e despe-se sozinho (excepto botões e fechos)	9	✓
179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos)	10	✗
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA	Total	Máx. 23

Anexo VI – Avaliação Final do ID no TABS

	Scores Brutos	Percentis	Scores Totais
Desligado	7	<1	0
Hipersensível/Ativo	5	9	34
Pouco Reativo	2	6	31
Desregulado	2	5	29
Índice de Temperamento e Regulação (ITR)	16	<1	<51

Anexo VII – Avaliação inicial da CC na EDMG

Perfil de Desenvolvimento

Subescalas	Locomoção	Pessoal-social	Audição e linguagem	Coordenação olho-mão	Realização
Totais dos Resultados brutos	24	37	28	35	30
Percentil JUL.14	<1	8	25	10	16
Percentil	<1	<1	1	1	<1
Idade Mental	7M 3S	11M 2S	10M 2S	12M 2S	11M
Idade Cronológica	18M				
Idade Corrigida	17M				
Idade Mental Global	10M 2S				

Subescala Locomoção

Subescala A: LOCOMOÇÃO	
Potencialidades	Dificuldades
Item	Item
Mantém continuamente a cabeça direita	Reação de gatinhar: Levantar os joelhos Tentar gatinhar energeticamente Rastejar com as mãos e com os joelhos
Deitada de barriga, levanta a cabeça e os ombros	Reação de andar 2: Pôr um pé à frente do outro
Brinca com os dedos dos pés	Levantar-se agarrada à mobília Manter-se de pé agarrada à mobília Andar de lado agarrada à mobília Empurrar um carrinho de bebé
Reação de andar 1: Saltita e alterna os pés quando agarrada	Ultrapassar um obstáculo sem ajuda
Reação de gatinhar 2: Roda sobre si mesma	Andar com ajuda de uma das mãos Andar sozinha Andar de forma rápida mas pouco equilibrada
Rola de barriga para baixo para barriga para cima ou vice-versa	Subir escadas ou degraus de gatas Subir e descer escadas de gatas, sem apoio Subir escadas de pé com apoio
Reação de gatinhar 4: Recua ligeiramente	Ficar de pé sozinha, sem apoio
Fica sentada no chão, sem apoio	Sentar-se numa cadeira baixa sem ajuda Sentar-se sozinha à mesa, numa cadeira baixa
Fica de pé com ajuda	Ajoelhar-se no chão sem apoio Baixar-se sem apoio para apanhar um objeto
Senta-se bem na cadeira da papa	Andar para trás Andar para trás, puxando um brinquedo pelo fio Subir para uma cadeira e ficar lá de pé

Subescala Pessoal-Social

Subescala B: PESSOAL-SOCIAL	
Potencialidades	Dificuldades
Item	Item
Tira o chapéu	Emergente:
Estica-se para que lhe peguem	Brincar com a chávena, a colher e o pires: dois em conjunto
Come com os dedos (polegar e indicador)	Colaborar a vestir-se: braços no casaco, etc.
Pega e bebe, sem ajuda, por uma caneca de bebé com tampa	Não Adquirido:
Espelho: Sorri ou brinca	Acenar "adeus"
Dá miminhos	Bater palmas por imitação
Brinca com os outros, fazendo jogos interativos muito simples	Obedecer a ordens simples: "Dá-me a chávena", por exemplo
Interessa-se pela atividade dos outros	Tentar rodar a maçaneta ou puxador da porta
Põe e tira objetos de dentro de uma chávena	Levar comida à boca com uma colher: entornando um pouco
Segura uma chávena para beber	Identificar 1 parte do corpo na boneca
Mostra os sapatos, a pedido	Higiene: Dar sinal quando a fralda está suja
Gosta que um adulto lhe mostre um livro	

Subescala Linguagem

Subescala C: LINGUAGEM	
Potencialidades	Dificuldades
Item	Item
Toca a sineta	Balbuciar frases de 2 a 4 sílabas Dizer pequenas frases balbuciadas
Faz sons com entoações diferentes	Dizer 1 a 12 ou + palavras com significado
Gosta de rimas e canções infantis	Abanar a cabeça para dizer "Não"
Reconhece o seu nome	Tentar nitidamente cantar
Faz sons quando ouve música	Identificar 3 a 4 em 8 objetos apresentados (apontar, dar ou olhar)
Identifica 2 em 8 objetos apresentados (aponta, dá ou olha)	Nomear 1 a 2 objetos apresentados
Explora com interesse o livro de imagens	Dizer longas frases balbuciadas com significado

Subescala Coordenação Olho-mão

Subescala D: COORDENAÇÃO OLHO-MÃO	
Potencialidades	Dificuldades
Item	Item
Procura um brinquedo caído	Apontar com o indicador
Bate com um objeto contra outro	Empurrar carrinhos enquanto brinca
Preensão fina (polegar e indicador)	Segurar 4 cubos ao mesmo tempo
Interessa-se pelo carro de brincar	Fazer rolar a bola enquanto brinca
Pega em brinquedos pequenos	A brincar, pôr um objeto em cima do outro Brincadeira construtiva que associe objetos
Atira os brinquedos	Construir uma torre de 3 a 4 cubos
Oposição completa do polegar (quando agarra um objeto grande)	Rabiscar vigorosamente
Puxa uma argola ou um brinquedo pelo fio, enquanto brinca	Transferir um cubo de um recipiente para outro
Mostra preferência por uma mão	
Puxa o pano para alcançar o brinquedo	
Rabisca	
Atira a bola para uma pessoa	

Subescala Realização

Subescala E: REALIZAÇÃO		
Potencialidades	Dificuldades	
Item	Item	
Manipula 2 objetos ao mesmo tempo	Emergente:	
Brinca, rasga, amacha um papel que lhe é mostrado	Tirar os 2 cubos na caixa por imitação	
Levanta a chávena voltada sobre o brinquedo	Repôr a tampa na caixa	
Com um cubo em cada mão, larga um deles para agarrar um terceiro	Encaixar 2 peças: ○ / □	
Manipula a caixa, a tampa e os 2 cubos	Não Adquirido:	
Encaixa 1 peça: ○	Agitar a caixa por imitação	
Tira a tampa e os cubos das outras 2 caixas	Encontrar o brinquedo debaixo da chávena	
Põe e tira os cubos das caixas enquanto brinca	Com um cubo em cada mão, agarrar um terceiro cubo	
Encaixa 1 peça: □	Bater com um cubo no outro, por imitação	
	Desembrulhar e encontrar um brinquedo	
	Repôr 2 cubos na caixa quando encorajada	
	Pôr 2 cubos numa caixa e tapá-la	
	Encaixar 1 a 2 peças: ○ ○	
	Encaixar 1 a 3 peças: □ ○ △	
	Encaixar 2 peças : ○ / □ - com rotação	

Anexo VIII – Avaliação final da CC na EDMG

Perfil de Desenvolvimento

Subescalas	Locomoção	Pessoal-social	Audição e linguagem	Coordenação olho-mão	Realização
Totais dos Resultados brutos	29	46	34	40	43
Percentil JUL.14	<1	<1	1	1	<1
Percentil	<1	<1	<1	<1	1
Classificação	ABAIXO DO LIMITE DO NORMAL	ABAIXO DO LIMITE DO NORMAL	ABAIXO DO LIMITE DO NORMAL	ABAIXO DO LIMITE DO NORMAL	ABAIXO DO LIMITE DO NORMAL
Idade Mental	9M 2S	16M	13M 2S	15M 3S	16M 3S
Idade Cronológica	23M 2S				
Idade Corrigida	22M 2S				
Idade Mental Global	14M				

Subescala Locomoção

Subescala A: LOCOMOÇÃO	
Potencialidades	Dificuldades
Item	Item
Reação de andar 2: Põe um pé à frente do outro	Levantar-se agarrada à mobília
Fica sentada no chão, sem apoio Senta-se bem na cadeira da papa	Andar de lado agarrada à mobília Andar com ajuda de uma das mãos Empurrar um carrinho de bebé Andar sozinha Andar de forma rápida e pouco equilibrada / Correr Andar para trás / puxando um brinquedo pelo fio
Fica de pé com ajuda	Subir (EMERGENTE) e descer escadas de gatas, sem apoio
Reação de gatinhar 5: Rasteja com as mãos e com os joelhos	Ficar de pé sozinha, sem apoio Ajoelhar-se no chão sem apoio Baixar-se sem apoio para apanhar um objeto Subir para uma cadeira e ficar lá de pé
Mantém-se de pé agarrada à mobília	Sentar-se numa cadeira baixa sem ajuda Sentar-se sozinha à mesa, numa cadeira baixa
Ultrapassa um obstáculo sem ajuda	Subir e descer escadas de pé, com apoio Saltar de um degrau, sem ajuda / e pousar com os pés juntos, sem apoio Subir escadas com um pé em cada degrau, como um adulto, com a mão no corrimão
	Dar um pontapé na bola de ténis
	Movimentar-se nas escadas sozinha Saltar: tirar ambos os pés do chão ao mesmo tempo, sem ajuda

Subescala Pessoal-social

Subescala B: PESSOAL-SOCIAL	
Potencialidades	Dificuldades
Item	Item
Bebe por qualquer chávena levada à sua boca Brinca com a chávena, a colher e o pires: dois em conjunto Segura uma chávena para beber Leva comida à boca com uma colher: entorna um pouco	Pegar e beber, sem ajuda, por uma caneca de bebé com tampa / Manipular bem a chávena (meio cheia) Usar bem a colher, sem se sujar / a colher e o garfo em simultâneo, sem ajuda À mesa, pedir pelo menos 2 coisas pelo nome
Brinca com os outros, com jogos interativos muito simples / Interessa-se pela atividade dos outros Obedece a ordens simples: "Dá-me a chávena", por exemplo / Mostra os sapatos, a pedido Gosta que um adulto lhe mostre um livro	Acenar "adeus" Começar a cooperar na brincadeira com outras crianças
Põe e tira objetos de dentro de uma chávena Tenta rodar a maçaneta ou puxador da porta	Bater palmas por imitação Conseguir abrir uma porta
Tira o chapéu, as meias e os sapatos Colabora ativamente a vestir-se e a despir-se, por exemplo, tira o casaco	Identificar 1 a 4 partes do corpo na boneca
	Higiene: Dar sinal quando a fralda está suja
	Arrumar os brinquedos ou objetos quando encorajada (EMERGENTE)

Subescala Linguagem

Subescala C: LINGUAGEM	
Potencialidades	Dificuldades
Item	Item
Observa imagens durante alguns segundos	Dizer 1 a 20 ou + palavras com significado
Faz sons com entoações diferentes	Tentar nitidamente cantar
Gosta de rimas e canções infantis	Nomear 1 a 5 objetos apresentados
Conversa quando está sozinha ou a descansar	Dizer longas frases balbuciadas com significado
Faz sons quando ouve música	Junta palavras
Diz pequenas frases balbuciadas	Dizer frases de 4 ou + sílabas
Identifica 6 em 8 objetos apresentados (aponta, dá ou olha)	Identificar 7 a 8 em 8 objetos apresentados (apontar, dar ou olhar)
Abana a cabeça para dizer "Não"	Ouvir histórias
Explora com interesse o livro de imagens	
Reconhece o seu nome	

Subescala Coordenação Olho-mão

Subescala D: COORDENAÇÃO OLHO-MÃO	
Potencialidades	Dificuldades
Item	Item
Puxa uma argola ou um brinquedo pelo fio, enquanto brinca	Segurar 4 cubos ao mesmo tempo
Faz rolar a bola enquanto brinca	
Atira a bola para uma pessoa	
Pega no lápis como se fosse riscar no papel	Construir uma torre de 3 a 6 cubos
Rabisca	Transferir um cubo de um recipiente para outro
	Deitar água de um recipiente para outro
	Construir e empurrar um comboio de 3 cubos
Aponta com o indicador	Rabiscar vigorosamente
	Imitar um rabisco circular
	Imitar um traço vertical / horizontal
Mostra preferência por uma mão	Atirar a bola para um cesto
Puxa o pano para alcançar o brinquedo	
Empurra carrinhos enquanto brinca	
Brincadeira construtiva que associa objetos	
Põe um brinquedo a andar ou a saltar	

Subescala Realização

Subescala E: REALIZAÇÃO	
Potencialidades	Dificuldades
Item	Item
Encaixa 1 peça: ○ Encaixa 1 peça: □ Encaixa 2 peças: ○ ○	Encaixar 1 a 3 peças: □ ○ Δ - direta e com rotação Encaixar 2 peças: ○ / □ - direta e com rotação
Bate com um cubo no outro, por imitação Desembrulha e encontra um brinquedo	Encaixar 2 peças: ○ ○ - com rotação
Põe e tira os cubos das caixas enquanto brinca Põe 2 cubos em cada caixa e tapa-as	Desenroscar e enroscar um brinquedo
	Arrumar 9 cubos na caixa e pôr a tampa em 60"

Anexo IX – Plano de sessão-tipo

Atividade	Domínios	Critério de êxito	Estratégias	Material	Duração
<u>Encaixe de Peças</u> - Nesta atividade pretende-se que a criança coloque as peças no tabuleiro de acordo com a forma correspondente.	Motricidade Fina (Coordenação Olho-Mão) Organização Visuo-Espacial	- Colocar as peças na caixa, tendo que colocar mais de metade das peças sem ajuda.	- <i>Feedback</i> Corretivo e Positivo.	- Caixa com formas - Tabuleiro de encaixes	10'
<u>Identificação das partes do corpo</u> - Nesta tarefa pretende-se que a criança identifique as partes do corpo do boneco, fazendo a associação entre as suas partes do corpo e as do boneco.	Linguagem Competências sociais e de autonomia	- Identifique os segmentos corporais do boneco, tendo que identificar pelo menos 2.	- <i>Feedback</i> positivo e corretivo - <i>Transfer</i> para atividades do quotidiano	- Boneco	10'
<u>Onde está o objeto?</u> – Nesta tarefa pretende-se que a criança identifique os objetos apresentados.	Linguagem	- Identifique os objetos expostos na mesa, tendo que reconhecer pelo menos três dos cinco apresentados.	- <i>Feedback</i> positivo e corretivo - Repetição do nome do objeto	- Bola; - Colher; - Copo - Boneco - Sapato	15'
<u>Estimulação Tátil</u> - Nesta atividade pretende-se que a criança explore com as mãos e com algodão a tinta. De seguida, terá que realizar uma marca no papel com um dedo e com a mão. Por último, pretende-se que utilize a tinta livremente, realizando grafismos com os dedos.	Motricidade Fina (Coordenação Olho-Mão) Competências Sociais e de Autonomia	- Realizar uma marca no papel com recurso à mistura efetuada - Realizar grafismos com os dedos com recurso à tinta	- Ajuda física parcial - <i>Feedback</i> Corretivo e Positivo.	- Folha de Papel - Tinta - Algodão	15'

Anexo X – Questionário para pais

Questionário para Pais

Identificação da Criança

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ (dd/mm/aa) Género: M__ F__

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ Concelho: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Identificação do Encarregado de Educação

Nome: _____ Idade: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Estado Civil: _____ Contacto: _____

Correio Eletrónico: _____

Dados da criança

Parto Normal? Sim____ Não____ Se respondeu não, qual a causa? _____

Com que idade o seu filho(a) adquiriu as competências que se seguem?

Gatinhar _____ Deixou de usar fraldas _____ Comer sozinho _____

Andar _____ Deixou de usar chucha _____ Controlo dos esfíncteres _____

Falar _____ Deixou o biberon _____

O seu filho(a) tem dificuldades em adormecer? Sim____ Não____

Dorme quantas horas por noite? _____

Dorme com os pais? Sim____ Não____ Dorme com a luz acesa?

Sim____ Não____

Dorme com algum boneco/fralda(pano)? Sim____ Não____

Come sem ajuda? Sim___ Não___ Come de garfo e faca? Sim___ Não___
Como decorrem os momentos de refeições?_____

Sabe vestir-se sozinho? Sim___ Não___ E despir-se ? Sim___ Não___
Sabe abotoar botões? Sim___ Não___ E desabotoar? Sim___ Não___

Consegue lavar os dentes sozinho? Sim___ Não___ Lava a cara sem ajuda? Sim___
Não___ E as mãos? Sim___ Não___ Pede para ir à casa de banho? Sim___ Não___

Interage com as crianças da mesma idade? Sim___ Não___ Se respondeu Sim, como
interage?_____

Prefere brincar sozinho ou acompanhado? _____ Que
atividades/brincadeiras/jogos os seu filho (a) prefere?_____

Contexto Familiar

Com quem vive o seu filho(a)?

Mãe _____ Irmão(s) _____

Pai _____
Outro(s) _____

Avós _____

Número de Irmãos: _____ Idade(s): _____ / _____ / _____

Como é a relação do seu filho(a) com os seus familiares?

Muito Boa _____ Boa _____ Razoável _____ Insatisfatória _____ Não Existente _____

O que faz com o seu filho(a)? Que tipo de atividades realiza?_____

O seu filho(a) cumpre regras? Sim ____ Não____ Se respondeu que não, em que situações não as cumpre?_____

Faz birras? Sim ____ Não____ Se respondeu que não, em que situações?_____

Como é o comportamento do seu filho(a) em casa?_____

Como reage ao comportamento do seu filho(a)?

Como reage perante situações de stress e pressão?_____

Obrigado pela Atenção!